

Dr. Leonard Azamfirei

E bine să știi!

O carte pentru
oameni
sănătoși și bolnavi



E bine să știi!



Dr. Leonard Azamfirei

Doctorul Leonard Azamfirei a absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș în 1992. După absolvire lucrează în cadrul Centrului de Cercetări Medicale din Târgu-Mureș și apoi, ca medic specialist în anestezie-terapie intensivă, în Spitalul Clinic Județean din Târgu-Mureș. În 1995 devine doctor în științe medicale. A urmat stagii de specializare în Olanda, Ungaria, SUA. A publicat sau comunicat 85 de lucrări științifice în reviste științifice și la congrese din țară și din străinătate (SUA, Japonia, Brazilia, Spania, Austria, Canada, Suedia). A publicat ca autor/coautor șapte cărți de specialitate. Este implicat și în activitatea de medicină preventivă și de educație sanitară, susținând numeroase prelegeri publice pe aceste teme, fiind și unul dintre redactorii revistei *Viață+Sănătate*.

E bine să știi mai multe despre sănătate, prevenirea îmbolnăvirilor și despre boală cât mai devreme, până când aceasta nu devine atât de gravă, încât nu mai poate fi tratată. Spre acest precept ne îndeamnă autorul în acest adevărat „*tratament de medicină preventivă și curativă*”, scris pe înțelesul tuturor.

Ceea ce reușește autorul cu prisosință este adaptarea limbajului medical, cu conotații profesionale de multe ori greu de înțeles, la stilul adecvat înțelegerii de către toți, indiferent de gradul de cultură. „*Angina este modul prin care inima ne spune că nu are suficient oxigen pentru ceea ce i se cere să facă.*” În ce frumoasă figură de stil este transpusă ischemia coronariană!

Prof. univ. dr. Mircea Chioresan

O carte pentru
oameni
sănătoși și bolnavi



Casa de Editură
Viață și Sănătate

ISBN 973-9484-90-5

Dr. Leonard Azamfirei

E bine să știi!

**Sfaturi pentru oamenii sănătoși
și... bolnavi**

Tehnoredactare: George Toncu

Corectură: Lori Gheorghiță

Coperta: Dragoș Drumaș

© 2003, Editura „Viață și Sănătate”, București

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale

E bine să știi! / Leonard Azamfirei

– București, 2003

ISBN – 973-9484-90-5

Cuprins

Prefață	7
Introducere	9
1. PROBLEME CARDIOLOGICE	11
1.1. Durerea de inimă – cardiopatia ischemică: angina pectorală, infarctul miocardic	11
1.2. Insuficiența cardiacă	17
1.3. Hipertensiunea arterială	22
2. PROBLEME RESPIRATORII	28
2.1. Răceala – virozele respiratorii	28
2.2. Aprinderea de plămâni – pneumonia	32
2.3. Astmul bronșic	38
2.4. Cancerul pulmonar	50
3. PROBLEME DIGESTIVE	53
3.1. Surprize sângeroase – hemoragiile digestive	53
3.2. Stomacul de sărbători – indigestiile	57
3.3. Ulcerul gastric și duodenal	62
3.4. Arsurile retrosternale	67
3.5. Sindromul de intestin iritabil	71
3.6. Cancerul gastric	73

3.7. Cancerul colo-rectal	76
3.8. Hepatitele virale	80
3.8.1. Hepatita virală de tip A	80
3.8.2. Hepatita virală de tip B	83
3.8.3. Hepatita virală de tip C	86
3.9. Giardioza	89
3.10. Litiaza biliară. Colica biliară – pietrele „de la fiere” ...	91
4. PROBLEME RENALE	95
4.1. Litiaza renală. Colica renală	95
4.2. Infecțiile tractului urinar	100
4.3. Cancerul de vezică urinară	105
5. PROBLEME NEUROLOGICE	109
5.1. Migrena	109
5.2. Sincopa	115
5.3. Durerile de spate	116
5.4. Epilepsia	118
5.5. Feriți-vă de accidentele... vasculare cerebrale!	122
5.6. Tumorile cerebrale maligne	125
5.7. Insomniile	127
5.8. Durerea de... suflet! Învins sau învingător? Sindromul de stres posttraumatic	130
6. PROBLEME METABOLICE	135
6.1. Hipoglicemia	135
6.2. Diabetul – se poate trăi împreună cu el?	142
7. URGENȚE TOXICE	150
7.1. Intoxicația cu ciuperci	150
7.2. Mușcă și... fugi! Mușcăturile de animale și insecte ...	153

7.3. Intoxicația cu substanțe chimice nemedicamentoase ..	157
7.4. Intoxicațiile medicamentoase	161
7.5. Intoxicațiile cu substanțe medicamentoase	164
8. PROBLEME DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE ...	168
8.1. Sarcina normală	168
8.2. Sarcina: o minune planificată – metode de contracepție	183
8.3. Cancerul de sân	188
8.4. Cancerul de col uterin	198
9. ALTE SITUAȚII DE URGENȚĂ	201
9.1. Nu vă jucați cu... focul! – Arsurile termice: o problemă fierbinte	201
9.2. O vară fierbinte, fierbinte, fierbinte – radiațiile solare	204
9.3. Corpii străini	207
9.4. Om la apă! – Înecul	210
9.5. Electrocutările	211
9.6. Deshidratarea	213
9.7. Melanomul malign	217
10. TRAUMATISME	221
10.1. Cum se acordă primul ajutor?	221
10.2. Resuscitarea cardio-respiratorie	223
10.3. Necazuri de iarnă: fracturile	230
10.4. Curge sânge!! Hemoragiile	236
10.5. Plăgile	242
10.6. Politraumatismele	246
10.7. Transportul accidentaților	248

11. PROBLEME DE ETICĂ MEDICALĂ	250
11.1. Requiem pentru viață. Eutanasia – o soluție?	250
11.2. Transplantul de organe: acceptare fără rezerve sau refuz total?	257
11.3. Hipnoza – o metodă terapeutică acceptabilă?	261
11.4. Un risc asumat – este scuzabilă ignoranța în medicină?	264
11.5. Remediile universale – între miracol și dezamăgire ..	267
11.6. Clonarea – între adevăr și ficțiune	270
11.7. De ce sunt oamenii așa de ușor de păcălit de medicina alternativă	274
12. RELAȚIA CU LUMEA MEDICALĂ.....	279
12.1. Cum să comunic cu medicul de familie?	279
12.2. Internarea în spital – o aventură?	282
13. GHID DE INTERPRETARE A UNOR ANALIZE DE SÂNGE	287
13.1. Determinări hematologice	287
13.2. Determinări biochimice din sânge	289
13.3. Determinări hormonale din sânge	294
13.4. Determinări imunologice din sânge	296
Bibliografie selectivă	297

Prefață

„*E bine să știi*” mai multe despre sănătate, prevenirea îmbolnăvirilor și despre boală cât mai devreme, până când aceasta nu devine atât de gravă, încât nu mai poate fi tratată. Spre acest precept ne îndeamnă autorul în acest adevărat „*tratat de medicină preventivă și curativă*”, scris pe înțelesul tuturor.

Cuprinsul cărții justifică acest epitet prin problematica deosebit de complexă, prezentată sistematic și riguros, care abordează principalele capitole de patologie sub raport preventiv și curativ. Astfel, sunt trecute în revistă angina pectorală, infarctul miocardic, infecțiile, cancerul, diabetul, agresiunile din mediul extern etc. Un capitol aparte este consacrat aspectelor de etică medicală, cu probleme la ordinea zilei, intens dezbătute în lumea medicală și în mass-media, respectiv eutanasia, transplantul de organe sau clonarea.

Capitolul „*relației cu lumea medicală*” prezintă o importanță deosebită în ce privește cooperarea armonioasă pacient-medic.

Cartea se încheie cu un „*ghid de interpretare a analizelor medicale uzuale*” foarte binevenit pentru marele public, care nu o dată rămâne descumpănit în fața unor buletine de analize sofisticate, pe care nu le poate înțelege.

Autorul face parte dintre medicii care poartă în conștiința lor mesajul nostru de a face bine celor mulți, prin transmiterea de cunoștințe, sfaturi și ajutor în toate împrejurările. Mesajul cărții este astfel, din punct de vedere subiectiv, străbătut de o înaltă dăruire pentru sănătatea oamenilor, iar din punct de vedere obiectiv, este considerat ca o necesitate foarte binevenită pentru public.

Ceea ce reușește autorul cu prisosință este adaptarea limbajului medical, cu conotații profesionale de multe ori greu de înțeles, la stilul adecvat înțelegerii de către toți, indiferent de gradul de cultură. *„Angina este modul prin care inima ne spune că nu are suficient oxigen pentru ceea ce i se cere să facă.”* În ce frumoasă figură de stil este transpusă ischemia coronariană!

Toate capitolele sunt prezentate în principal după un plan prin care autorul definește problema/boala, prezintă pe înțelesul tuturor atât simptomatologia, cât și tratamentul, cu accent pe regimul de viață, dar fără a neglija medicația. Principiile medicinei naturiste sunt la ele acasă, făcând casă bună în alternanță cu medicina convențională. Autorul prezintă într-un capitol aparte *„capcanele”* medicinei neconvenționale, pledând pentru o armonie inteligentă între medicina alopată și cea neconvențională, alternativă.

De real interes sunt noțiunile de prim ajutor în diferite stări de urgență (stop cardiac, intoxicații, accidente etc.), care nu puteau lipsi dintr-un material prezentat de un anestezist-reanimator, specialitatea de bază a autorului.

În încheiere, mărturisesc din toată inima că mi-a făcut o deosebită plăcere lectura *„tratatului”* prezentat de dl dr. Leonard Azamfirei marelui public, care cu siguranță va avea de profitat imens pentru *„gestionarea”* stării sale de sănătate și boală.

*Prof. univ. dr. Mircea Chiorean,
șeful Clinicii Anestezie-Terapie Intensivă
Spitalul Clinic Județean Târgu-Mureș*

Introducere

Uitați-vă în vitrina unei librării sau a unui magazin care vinde ziare și reviste. Veți vedea coperte atrăgătoare, frumos colorate, iar dacă aveți curiozitatea de a zăbovi asupra titlurilor, conform normelor elementare de jurnalistică, veți găsi pe prima pagină titlurile și imaginile care, după gustul redactorilor respectivei publicații, au impactul cel mai mare asupra cititorilor și le pot trezi interesul. Nimic rău în această tactică!

Mergând mai departe cu analiza acestor titluri, veți vedea care sunt subiectele care se vând cel mai bine. O carte trebuie să fie scrisă de un autor consacrat sau să aibă un titlu comercial. O publicație periodică trebuie să facă dezvăluiri senzaționale, mai ales dacă în ele sunt implicate anumite personalități, drame, fapte condamnabile (cu cât mai dramatice, cu atât mai bine!), tot ceea ce este violent sau șocant. Se pare că ceea ce este rău pare mai interesant decât ceea ce este bine sau cel puțin se vinde mai bine.

Într-un asemenea context, o astfel de carte care, prin problematica pe care o abordează, nu poate fi agresivă, care îndeamnă la echilibru, la o atitudine pozitivă, la promovarea a ceea ce este necesar, pentru binele dumneavoastră și al celor din jur, poate deveni o aventură.

Pe cine mai interesează astăzi o carte de promovare a sănătății? Cel bolnav ar putea răspunde: *Trebuia să veniți cu ea mai devreme, când eram încă sănătos și puteam să mai fac ceva!* Cel sănătos ar putea răspunde: *Da, e bună, dar pentru alții!* Dumneavoastră ce ați răspunde? Reușiți să faceți distincția între informația importantă,

cu consecințe care pot dura o viață sau pot prelungi acea viață, și informația care are valoare doar o zi, până când este înlocuită de alta, la fel de efemeră?

Această carte încearcă să vă învețe cum să nu fiți bolnavi. Iar dacă sunteți bolnavi, vă învață ce trebuie să faceți pentru a vă trata sau măcar ameliora boala. Ea nu înlocuiește consultul medical, care rămâne esențial, dar vă permite, într-un limbaj accesibil, pe înțelesul fiecăruia, să înțelegeți ce se întâmplă cu dumneavoastră. Iar dacă ați înțeles corect acest lucru, ați făcut un mare pas înainte.

O parte dintre aceste informații au fost publicate în revista *Viață + Sănătate*. Multe dintre ele sunt preluate și prelucrate din surse medicale diverse, actuale, și reflectă poziția medicinei de astăzi față de problemele medicale cel mai frecvent întâlnite.

În ciuda invaziei extreme de publicații de toate felurile, inclusiv cu pretenții de educație sanitară, această carte vrea să vă ajute și o poate face. Ea poate deveni un punct de reper în comportamentul dumneavoastră, în raport cu sănătatea sau boala dumneavoastră. Așa cum la un punct de reper se raportează tot ceea ce este în jur, și dumneavoastră puteți încerca o asemenea raportare. Nu veți pierde nimic, ba poate chiar veți câștiga! Să fiți sănătoși!

*Dr. Leonard Azamfirei,
doctor în medicină*

PROBLEME CARDIOLOGICE

1.1. DUREREA DE INIMĂ – CARDIOPATIA ISCHEMICĂ: ANGINA PECTORALĂ, INFARCTUL MIOCARDIC

Angina este modul prin care inima ne spune că nu are suficient oxigen pentru ceea ce i se cere să facă. Aceasta se întâmplă atunci când arterele coronare (arterele care irigă inima cu sânge) sunt blocate din cauza procesului de ateroscleroză. În urma acestui proces, pe peretele arterelor se depun plăci de grăsime calcificată, care vor reduce debitul sanguin la acel nivel. O altă cauză a anginei este reprezentată de situația în care efortul care se solicită din partea inimii este peste capacitățile pe care ea le are sau când are nevoie de mai mult oxigen decât în condiții normale. Angina mai apare și în cadrul altor boli, cum ar fi anemia, bolile valvulare aortice, tulburările de ritm cardiac sau funcționarea exagerată a glandei tiroide.

Bolile coronariene reprezintă, de departe, prima cauză de deces în întreaga lume, deci și în România. În S.U.A., de exemplu, anual, peste 1,5 milioane de oameni fac un infarct miocardic și o treime dintre aceștia mor în urma infarctului. În ansamblu, bolile cardiace ucid mai mulți oameni decât toate celelalte cauze de deces la un loc. Angina este întâlnită mai ales la cei în vârstă de peste 30 de ani și este mai frecventă la bărbați. Iar dacă ținem cont de faptul că

cel puțin o treime din populația de peste 30 de ani suferă de hipertensiune arterială, vom putea aprecia și mai exact cât de gravă este situația din acest punct de vedere.

Ce este angina pectorală?

Termenul medical de angină pectorală se referă, *ad litteram*, la o durere specifică, apărută la nivelul toracelui. Există mai multe tipuri de angină, cea clasică purtând denumirea de *angină stabilă*. Ea este determinată de un anumit efort și dispare la repaus. Dacă aveți angină stabilă, cu siguranță că sunteți în stare să prevedeați care sunt activitățile care vă declanșează criza anginoasă.

Un alt tip de angină este *angina instabilă*. Ea este o stare evolutivă mai gravă, care poate apărea și în repaus sau chiar în somn, fără să poată fi prevăzută în vreun fel. Angina instabilă trebuie să fie interpretată ca un semn al unei afectări cardiace severe, care precedă, mai devreme sau mai târziu, un infarct.

Cum apare infarctul miocardic?

Infarctul miocardic sau atacul de cord, cum mai este denumit, intervine atunci când o parte a mușchilor inimii este complet lipsită de sânge, iar celulele mușchilor inimii mor din această cauză. Un atac de cord poate avea loc atunci când placa de aterom din interiorul arterelor inimii se rupe, formând un cheag care blochează circulația sângelui prin arteră. O asemenea placă este formată din colesterol, leucocite, calciu și alte componente și este înconjurată de o capsulă fibroasă. Dacă presiunea și debitul sângelui cresc dintr-o dată, capsula fibroasă se poate fisura sau rupe. Ca urmare, corpul primește semnale pentru a repara căptușeala interioară a arterei afectate, în modul în care ar vindeca o tăietură externă, formând un cheag care să sigileze zona. Un cheag de sânge care se formează în arteră poate limita circulația sanguină de la musculatura inimii și poate cauza astfel un atac de cord.

Simptomele anginei pectorale

■ Durerea este cel mai important semn. Ea este localizată inițial la mijlocul toracelui și deseori iradiază către membrul superior stâng, către gât sau chiar către abdomen. Durerea creează senzația unei constricții toracice puternice, a unei gheare care strânge întregul piept. Unii sesizează această durere numai la un nivel periferic (braț, gât). Alteori, din cauza asocierii cu senzația de arsură retrosternală, durerea este confundată cu o indigestie. De fiecare dată însă, la aceeași persoană durerea are aceeași localizare și iradiere.

◆ Durerea anginoasă durează cel mult cinci minute. Dacă durează mai mult și este de natură cardiacă, această durere poate fi foarte probabil consecința unui infarct miocardic, în care durerea durează ore întregi.

◆ În cazul anginei stabile, în afara efortului fizic amintit mai sus, durerea poate fi provocată și de alte circumstanțe, cum ar fi: o masă bogată, expunerea la frig, o emoție puternică, actul sexual etc. Există, de asemenea, o serie de medicamente, unele chiar banale, cum ar fi cele pe care le luăm când avem nasul înfundat, care pot provoca o criză anginoasă.

◆ Durerea apare la efort și dispare la repaus.

■ Alte simptome care mai pot apărea: anxietate, stare de oboseală, transpirații reci, tulburări de vedere. Toate acestea însă nu sunt semne specifice.

O serie de factori de risc coexistenți fac mai probabilă apariția anginei: hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia sau alte tulburări ale metabolismului grăsimilor, fumatul, obezitatea, membrii direcți din familie care au avut boli cardiace.

Cum pot să știu dacă am angină sau nu?

Dacă aveți dureri la nivelul toracelui, trebuie să vă adresați unui medic care poate stabili dacă aceste dureri sunt de cauză cardiacă

sau nu. Vi se va face o electrocardiogramă și probabil un așa-numit *test de efort*. Acest test vă va cere să faceți un efort gradat, supravegheat, cu ajutorul unei biciclete medicale sau al unui covor rulant, timp în care activitatea inimii dumneavoastră va fi urmărită. Dacă angina apare la un asemenea efort și are un corespondent pe electrocardiogramă, este limpede: aveți o boală coronariană. Dacă însă lucrurile nu se clarifică sau se dorește o investigație mai amănunțită, se mai poate face o ecocardiografie sau o formă complexă de evaluare, numită *angiografie coronariană*, metodă care identifică locul și mărimea stenozelor pe care le aveți pe vasele coronariene.

Ce aveți de făcut mai departe?

Dacă aveți angină, medicul va decide ce tratament medicamentos să urmați și ce regim de viață aveți de îndeplinit. Dacă problema este mai avansată, se poate lua în discuție și necesitatea unei intervenții mai agresive asupra inimii, mergând chiar până la operație. Rețineți însă: indiferent ce medicament veți lua – și astăzi sunt medicamente extrem de eficiente –, acesta va acționa doar asupra efectelor aterosclerozei. Deci, orice medicament luați, nu uitați că la fel de importante sunt măsurile legate de stilul de viață: o dietă adecvată, exercițiul fizic, controlul greutatei corporale, eliminarea fumatului.

Ce puteți face dumneavoastră acasă?

- Dacă aveți frecvent crize de angină noaptea, dormiți cu capul sau chiar cu toracele mai ridicat. Veți permite astfel inimii să facă un efort mai mic atunci când pompează sângele prin vene, către inimă.
- Dacă simțiți apariția unei crize anginoase, opriți-vă din orice activitate (opriți mașina, dacă sunteți șofer), așezați-vă (dacă stați în picioare), iar dacă durerea persistă, luați-vă medicamentul cu care sunteți obișnuit.

- Aspirina luată la recomandarea medicului, într-o doză foarte mică, reduce semnificativ riscul de infarct miocardic și de angină instabilă.
- După ce ați luat masa, odihniți-vă un timp. Efortul digestiei fură sângele de la inimă către organele digestive.
- Nu mai fumați. În mod cert, nicotina influențează negativ, în cel mai înalt grad, apariția crizelor de angină.
- Dacă luați pilule anticoncepționale și aveți angină, încetați să le mai luați. Estrogenul conținut de acestea crește riscul coagulării sângelui.

Cum se manifestă infarctul miocardic?

Infarctul miocardic are simptome multiple, dar cea mai relevantă este durerea precordială.

Durerea cauzată de un atac de cord durează de obicei mai mult de 10 minute și adesea apar și alte simptome, incluzând:

- Disconfort în zona pieptului sau o durere apăsătoare, de parcă ar fi o greutate pe piept. Durerea care apare se răspândește de la piept la gât, maxilar, unul sau ambele brațe și umeri, și nu trece la repaus.
- Transpirații
- Respirații mai scurte și mai frecvente
- Greață sau vomă
- Amețeală
- Bătăi de inimă rapide sau neregulate

Este important să recunoașteți fazele inițiale ale unui atac de cord și să primiți îngrijire de urgență. Tratamentul este necesar pentru a preveni moartea. Uneori, medicamentele pot fi luate pentru a reduce afectarea musculaturii inimii cauzată de un atac de cord.

Chemați urgent medicul dacă:

- Știți că aveți probleme cardiace, iar durerea apărută durează mai mult de cinci minute. În acest caz, este foarte probabil să faceți un infarct.
- Aveți pentru prima dată o asemenea durere. Trebuie să vă lămuriți de unde apare.
- Crizele devin mai intense, mai frecvente, mai prelungite și nu mai pot fi prevăzute. Este posibil să dezvoltăți o angină instabilă.
- După ce luați medicamentele, mai ales la început, aveți senzații neplăcute. Acestea sunt rezultatul unor reacții adverse și uneori trebuie ajustată doza.

Rolul dietei în bolile cardiace (cardiopatia ischemică și infarctul miocardic)

Dieta unui asemenea bolnav trebuie să excludă grăsimile saturate (maximum 20% din necesarul de calorii zilnice să fie asigurat de grăsimi, iar dintre acestea, 2/3 să fie grăsimi nesaturate). Această dietă va contribui și la un control mai bun al tensiunii arteriale.

Dieta strict vegetariană (fără produse animale, numită și vegană), bogată în acizi grași polinesaturați, poate duce la regresia leziunilor de ateroscleroză coronariană. Studii recente demonstrează clar creșterea capacității de efort la bolnavii cu angină pectorală care au adoptat o asemenea dietă.

Riscul unui infarct miocardic poate fi prevenit numai în proporție de 8% prin tratamentul hipertensiunii arteriale, crescând la 30% prin tratamentul tulburărilor metabolismului lipidic.

Folosiți mesele mici, care sunt mai ușor de digerat! Nu vă ridicați de la masă niciodată sătul! Evitați băuturile reci, care pot precipita criza de angină pectorală.

Dieta folosită trebuie să îmbine recomandările date la arterioscleroză și hipertensiune arterială (vezi capitolul 1.3).

Recomandările specifice unui bolnav care face episoade de angină pectorală sau a trecut printr-un infarct miocardic acut sunt:

- Eliminarea cafeinei și a altor metilxantine (cafea, băuturi cola), pentru reducerea potențialului de tulburări de ritm cardiac.
- Reducerea muncii cordului prin mese mai mici, cu alimente ușoare sau lichide (imediat după infarct: 800-1.200 kcal/zi).
- Restricție de lichide și sare (sodiu) în funcție de bolile asociate (insuficiență cardiacă, hipertensiune arterială).
- Evitarea alimentelor prea calde sau prea reci.

Angina pectorală este o boală serioasă. Luați-o în serios!

1.2. INSUFICIENȚA CARDIACĂ

Insuficiența cardiacă apare când mușchii inimii nu mai pompează atât de mult sânge cât are nevoie organismul. Insuficiența nu înseamnă că inima a încetat pomparea, ci că nu mai pompează la capacitatea necesară. Insuficiența cardiacă poate fi cauzată de câteva boli care pot afecta inima și capacitatea ei de pompare.

Când inima nu mai pompează eficient sânge prin corp, acesta începe să se întoarcă mai greu spre inimă, situație care duce la formarea de fluide în plămâni sau în alte părți ale corpului, cauzând respirație scurtă și alte simptome de atac de cord. Insuficiența cardiacă este o afecțiune progresivă, care se înrăutățește în timp. De obicei începe când inima este afectată sau slăbită, ca rezultat al unui atac de cord. La început, corpul încearcă să compenseze capacitatea scăzută de pompare a inimii prin:

- Reținerea sării și a apei, pentru a crește cantitatea de sânge în fluxul sangvin.
- Creșterea volumului de muncă depus de inimă.
- Creșterea dimensiunilor inimii.

În cele din urmă, aceste încercări de compensare ale corpului nu fac decât să înrăutățească insuficiența cardiacă deja existentă.

Care sunt diferitele tipuri de insuficiență cardiacă?

Insuficiența cardiacă de obicei afectează ventriculul stâng în două moduri:

- Insuficiența sistolică apare atunci când ventriculul nu se mai contractă suficient de puternic pentru a pompa sângele către corp.
- Insuficiența diastolică apare când ventriculul nu se mai relaxează suficient și aceasta afectează capacitatea lui de a se umple cu sânge.

Dacă partea stângă a inimii este mai afectată, s-ar putea să nu fie capabilă să pompeze suficient sânge către toate organele din corp, inclusiv către inimă. În același timp, sângele trebuie să se întoarcă în ventriculul drept, iar dacă are dificultăți, el stagnează în circulație și determină apariția de lichide suplimentare – insuficiență în partea dreaptă. Insuficiența dreaptă și cea stângă sunt adesea prezente în același timp, sub forma insuficienței cardiace globale.

Pe lângă clasificarea în funcție de tip, insuficiența cardiacă este clasificată în funcție de severitate, folosind un sistem dezvoltat de Asociația Americană a Inimii. Insuficiența este o afecțiune cronică, ce se poate înrăutăți dintr-o dată, și aceasta se numește insuficiență acută. Forma acută cere tratament urgent.

Care sunt cauzele insuficienței cardiace?

Insuficiența cardiacă poate fi cauzată de câteva boli care afectează inima și capacitatea sa de a pompa sângele:

- Boli ale arterelor coronariene și mai ales infarctul miocardic
- Tensiunea arterială ridicată
- Boli ale mușchilor inimii – cardiomiopatie
- Afecțiuni congenitale ale inimii
- Boli ale valvelor inimii

- Boli ale pericardului
- Aritmii

Un număr de factori pot cauza insuficiența bruscă, cum ar fi luarea medicamentelor în mod incorect, un nou atac de cord, cheaguri de sânge care ajung la plămâni, infecții, utilizarea de alcool, excesul de sare, efortul fizic.

Care sunt simptomele insuficienței cardiace?

Simptomele tipice ale insuficienței cardiace includ:

- Respirație scurtă și frecventă
- Edeme în special la picioare, glezne
- Creștere bruscă în greutate
- Amețeală, leșin sau slăbiciune
- Oboseală
- Tuse uscată, în special în poziția culcat
- Urinare crescută noaptea
- Greață, balonări

Insuficiență cardiacă acută

Insuficiența acută intervine când plămânii se umplu rapid cu apă – edem pulmonar. Simptomele se dezvoltă rapid și pot include:

- Respirație scurtă și ineficientă
- Bătăi de inimă neregulate și rapide
- Tuse cu secreții spumoase și de culoare roz

Insuficiența acută este o urgență medicală și are nevoie de îngrijire imediată.

Cum poate fi diagnosticată insuficiența cardiacă?

Ecocardiografia este cea mai bună și mai simplă metodă de a determina dacă ai insuficiență cardiacă și ce tip. De asemenea,

ajută la evaluarea severității insuficienței. Ecocardiografia folosește ultrasunete, pentru a crea o imagine în mișcare a inimii, și de obicei este primul test făcut după apariția unor asemenea probleme medicale. De asemenea, radiografia pieptului poate ajuta la diagnosticarea insuficienței. Ecocardiografia poate fi folosită pentru a monitoriza insuficiența, măsurând cât sânge este pompat din ventriculul stâng. Medicii știu când insuficiența se înrăutățește, monitorizând simptomele și determinând dacă așa-numita *fracție de ejeecție* a scăzut.

La ce să vă așteptați, dacă aveți insuficiență cardiacă?

Insuficiența cardiacă este o afecțiune pe viață, care de obicei se înrăutățește cu timpul. Câteva medicamente și mai multe schimbări în stilul de viață sunt necesare când ai insuficiență. Acești pași pot îmbunătăți insuficiența și pot avea un impact pozitiv asupra calității și lungimii vieții.

În faza timpurie poți avea doar simptome minore, care să apară în timpul activităților oboșitoare. Cu timpul, simptome ca respirația scurtă, balonarea și oboseala se pot înrăutăți, până când vor fi prezente tot timpul, chiar și atunci când te odihnești.

Tratamentul poate reduce aceste simptome adesea, dar de obicei nu le elimină. Când insuficiența se înrăutățește poți deveni obosit și slăbit, chiar dacă iei multe medicamente și urmezi un plan de tratament. Alte organe ale corpului pot ajunge să nu funcționeze corect, deoarece nu primesc suficient sânge.

Insuficiența acută se dezvoltă rapid și poate cauza moartea, dacă nu primește tratament medical imediat.

Complicațiile insuficienței cardiace pe termen lung pot include:

- Afecțiuni al anumitor organe – adesea insuficiență renală, rezultând din descreșterea cantității de sânge și de oxigen
- Bătăi de inimă neregulate și moarte subită
- Atac vascular cerebral

- Atac de inimă
- Tromboză și embolie pulmonară
- Probleme ale valvelor

Ce pot face să trăiesc cu insuficiența cardiacă?

După ce ai fost diagnosticat cu insuficiență cardiacă, este foarte probabil să fie necesar să iei anumite medicamente pentru tot restul vieții. Dieta și schimbările în stilul de viață sunt de asemenea importante în tratarea simptomelor.

Limitarea aportului de sare, odihna și activitatea moderată, evitarea infecțiilor și folosirea atentă a medicamentelor sunt căi importante de a controla insuficiența și de a preveni complicațiile, spitalizarea și moartea bruscă.

Probabil ți se va da o combinație de medicamente care să trateze insuficiența, incluzând un ACE inhibitor, un diuretic și digoxină. Aceste medicamente vor ajuta inima să pompeze mai bine și vor controla simptomele. Medicamentele nu vindecă insuficiența cardiacă, totuși pot ușura simptomele, pot îmbunătăți funcția inimii, pot încetini evoluția bolii și pot reduce riscul complicațiilor.

Medicul poate recomanda tratament chirurgical, cum ar fi un by-pass al arterelor coronariene, dacă vasele de sânge din inimă sunt blocate. Un transplant de cord se ia în considerare doar când simptomele sunt severe și nu răspund la formele standard de tratament.

Cine îmi poate trata insuficiența cardiacă?

Solicită ajutorul medicului cardiolog, dacă bănuiești că ai simptome de insuficiență sau dacă simptomele se înrăutățesc. Solicită ajutor medical, dacă ai semne de insuficiență acută, atac de cord sau atac vascular cerebral.

1.3. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Hipertensiunea arterială sistemică este presiunea ridicată a sângelui sub care acesta circulă prin artere. Această presiune este definită de două valori: presiunea (tensiunea) sistolică (maxima) și presiunea (tensiunea) diastolică (minima).

- Valoarea sistolică este presiunea sângelui în pereții arterelor, când inima a terminat de pompat sângele în artere, și este prima valoare la citirea presiunii sângelui.
- Valoarea diastolică este presiunea sângelui din pereții arterelor între bătăile inimii, când inima este relaxată și se umple cu sânge. Este cea de-a doua valoare la citirea tensiunii.

Tensiunea arterială a unui adult normal are următoarele valori:

- sistolica: mai puțin de 130 mm Hg
- diastolica: mai puțin de 85 mm Hg

Valori ale presiunii sângelui de 140 mm Hg pentru tensiunea sistolică și 90 mm Hg pentru tensiunea diastolică sunt caracteristice pentru presiunea ridicată – hipertensiunea arterială (HTA).

De obicei, hipertensiunea arterială nu are simptome. Diagnosticul HTA este pus atunci când măsurătorile presiunii sângelui sunt ridicate în trei sau mai multe ocazii, la intervale de una-două săptămâni. Doar în cazurile foarte severe diagnosticul se bazează pe o singură măsurătoare.

Hipertensiunea arterială netratată, peste timp, poate afecta inima (cardiomiopatie) și vasele de sânge (boli vasculare periferice), creierul (accidente vasculare cerebrale), rinichii (insuficiență renală) și ochii (retinopatie). Pe măsură ce crește tensiunea, crește și riscul de a fi afectate alte organe.

Clasificarea tensiunii arteriale:

- Tensiune arterială optimă
Sistolica – sub 120 mm Hg
Diastolica – 80 mm Hg

- Tensiune arterială normală
Sistolica – sub 130 mm Hg
Diastolica – sub 85 mm Hg
- Tensiune arterială de graniță (border line)
Sistolica – 130-139 mm Hg
Diastolica – 85-89 mm Hg
- Hipertensiune arterială. Unele persoane interpretează termenii de HTA *ușoară* sau HTA *moderată* ca însemnând că tensiunea lor nu este serioasă și, prin urmare, nu o iau foarte în serios. Pentru aceștia, medicii evită să folosească asemenea termeni, preferând folosirea unor stadii de felul următor:
- HTA stadiul 1
Sistolica – 140-159 mm Hg
Diastolica – 90-99 mm Hg
- HTA stadiul 2
Sistolica – 160-179 mm Hg
Diastolica – 100-109 mm Hg
- HTA stadiul 3
Sistolica – 180 mm Hg sau mai mare
Diastolica – 110 mm Hg sau mai mare

Care sunt factorii de risc pentru hipertensiunea arterială?

Factorii de risc pentru hipertensiunea arterială includ:

- Rude apropiate cu hipertensiune arterială
- Vârsta
- Aportul de sare
- Consumul excesiv de alcool

Alți factori:

- Aportul prea mic de K, Mg și Ca
- Expunerea îndelungată la plumb, în cazul bărbaților.
- Bolile pulmonare

- Stările depresive
- Fumatul
- Colesterolul ridicat (peste 240 mg/dl, HDL (colesterolul *bun*) sub 35 mg/dl)
- Diabetul
- Boli ale arterelor coronare la rude, apărute înainte de 45 de ani la bărbați sau înainte de 55 de ani la femei
- Sexul masculin
- Surplusul ponderal
- Lipsa exercițiului fizic
- Mărirea ventriculului stâng

Tratamentul hipertensiunii arteriale

Tratamentul pentru hipertensiunea arterială variază de la un bolnav la altul, depinzând de cât de mare este valoarea acesteia și dacă alte organe au fost afectate, precum și de riscul în ceea ce privește bolile de inimă.

Schimbările în stilul de viață pot controla adesea hipertensiunea și pot reduce riscul de boli de inimă și atac de cord. Dacă aceste schimbări nu controlează hipertensiunea, medicamentele sunt necesare.

Dacă ai nevoie de medicamente pentru a controla hipertensiunea din stadiul 1, probabil că ai și alte probleme medicale, cum ar fi insuficiență cardiacă, diabet sau sarcină. Dacă nu este nici un alt factor de risc pentru boli de inimă și dacă nu ai alte organe afectate, modificările în stilul de viață pot fi suficiente pentru a controla hipertensiunea.

Dacă ai o hipertensiune mai avansată, în stadiul 2 sau 3, pe lângă schimbările în stilul de viață sunt necesare și medicamente. Toate acestea presupun un proces îndelungat, iar medicamentele trebuie luate toată viața, cu ajustări periodice. Tratarea hipertensiunii scade riscul bolilor de inimă, de atac de cord, boli de rinichi și reduce riscul morții din această cauză.

Scopul tratamentului este să reducă presiunea sistolică sub 140 mm Hg și presiunea diastolică sub 90 mm Hg. Două studii recente arată că scăderea presiunii sângelui la pacienții diabetici reduce riscul morții imputabile acestei cauze și previne bolile asociate cu hipertensiunea arterială: bolile coronariene, accidentele vasculare cerebrale și bolile renale. Controlați și ceilalți factori de risc, cum sunt fumatul, lipsa exercițiului fizic, colesterolul ridicat, care pot duce la complicații ca acelea enumerate mai sus.

O hipertensiune netratată poate duce la atacuri de inimă fatale. Cu cât este mai mare tensiunea, cu atât este mai mare riscul de a face complicații. Scăderea tensiunii reduce riscul de a dezvolta o boală de inimă și de a afecta vasele de sânge. La bătrâni, reducerea tensiunii sistolice cu 10% poate fi suficientă pentru a preveni complicațiile.

Bolnavii care au hipertensiune arterială sunt încurajați să facă schimbări în stilul lor de viață și să le păstreze pentru tot restul vieții. Schimbările din stilul de viață, cum ar fi dieta săracă în calorii, renunțatul la fumat și exercițiul fizic, vor ajuta la reducerea riscului general de a face boli de inimă și vor reduce simțitor hipertensiunea arterială.

Tratamentul la domiciliu

Tratamentul la domiciliu este important pentru a controla tensiunea, în special dacă există și alți factori de risc pentru boli de inimă. Chiar dacă medicul ți-a prescris medicamente, mai sunt multe lucruri pe care le poți face pentru a reduce tensiunea și riscul de atac de inimă. Schimbările în stilul de viață sau comportament pot controla tensiunea și în unele cazuri pot ajuta la reducerea cantității de medicamente de care ai nevoie.

- Ia medicamentele așa cum sunt prescrise.
- Menține o greutate corporală normală.
- Fă exerciții în mod regulat.
- Evită să folosești prea mult sodiu (o componentă esențială a sării de bucătărie).
- Asigură-te că ai un aport suficient de K, Ca, Mg.

- Adaugă fibre vegetale la hrana zilnică.
- Elimină consumul de alcool.
- Renunță la fumat.
- Folosește medicamentele antiinflamatoare în mod înțelept, fără excese.
- Învață să-ți verifici periodic tensiunea acasă.
- Urmează sfaturile nutriționale pentru hipertensiune.

Rolul dietei în controlul hipertensiunii arteriale

Printre alți factori de risc implicați în apariția acestei boli este și cel alimentar, manifestat prin excesul de sare, obezitate și consumul de alcool.

Scăderea aportului de sare la cel mult 2-3 g pe zi se poate face prin:

- Neadăugarea de sare în alimente în timpul gătitului și nici la masă (sarea să lipsească de pe masă).
- Evitarea consumului de alimente conservate cu adaos de sare, precum și a consumului de lapte și de produse lactate.
- Pentru „gustul sărat”, se poate folosi asocierea sării de sodiu și potasiu (se poate prepara la farmacie).

Această reducere moderată a aportului de sare, utilă în stadiile mai puțin severe de hipertensiune arterială, se poate obține folosind pâinea moderat sărată, mămăliga, legumele și fructele proaspete și evitând mezelurile, peștele oceanic, conservele de carne, brânzeturile conservate, fermentate, murăturile, măslinile.

Reducerea consumului zilnic de sare scade necesarul de medicamente cu efect hipotensiv, fiind astfel un factor terapeutic adjuvant.

În stadiile avansate, este necesară o restricție de sare mai severă (maximum 1 g de sare pe zi). Pe termen scurt, acest aport redus poate fi realizat prin regimul „orez-zahăr-fructe” (250 g orez, 1000 g

fructe și miere de albine). Acest regim, în mod practic, poate fi urmat astfel:

- Dimineața: 60-90 g orez fiert, îndulcit cu miere, 1 măr copt, $\frac{2}{3}$ pahar cu suc de fructe.
- La ora 10: $\frac{1}{2}$ pahar suc de portocale.
- Prânz: 60-90 g orez fiert, îndulcit cu miere, $\frac{1}{2}$ pahar suc de portocale sau de mere, 6 felii de măr, stafide, 1 felie de ananas, 1 banană sau 1 cartof.
- La ora 16: 1 pahar de suc de fructe.
- Seara: 60-90 g orez fiert cu fructe, $\frac{1}{2}$ pahar suc de fructe.
- La culcare: $\frac{1}{2}$ pahar suc de fructe.

Regimul trebuie să fie hipocaloric la persoanele cu surplus ponderal. De altfel, prevalența hipertensiunii la indivizii obezi este dublă față de normoponderali. O scădere în greutate de 1 kg scade tensiunea arterială maximă cu 2,5 mm Hg. O dietă săracă în grăsimi scade vâscozitatea sângelui, scăzând astfel tensiunea arterială. De aceea, trebuie eliminate prăjelile, grăsimile și maioneza.

Efect de scădere a tensiunii arteriale au și fibrele vegetale. De altfel, incidența hipertensiunii arteriale la vegetarieni este mai redusă.

Efecte protective asupra hipertensiunii arteriale au usturoiul și alimentele bogate în potasiu: cerealele, fructele, legumele și zarzavaturile.

Cafeaua, alcoolul și tutunul trebuie eliminate cu desăvârșire.

În mod practic, pentru un regim care să aducă 2 g de sare pe zi în alimentație, se pot consuma lapte și derivate de lapte (sana, iaurt, brânză de vaci), pâine integrală, cereale, paste făinoase, orez, majoritatea legumelor (cu excepția fasolei uscate, a castraveților, a guliilor, a conopidei și a ridichilor). Se pot evita fructele care produc meteorism, cum sunt merele crude și pepenele, precum și orice formă de murături, varză, castraveți, gogonele.

Supele și sosurile vor fi gătite fără sare, diversificându-le și folosind condimente.

PROBLEME RESPIRATORII

2.1. RĂCEALA - VIROZELE RESPIRATORII

Fiecare cunoaște din proprie experiență semnele unei răceli, probabil cea mai comună și mai cunoscută boală. În cursul unui an, putem spune că se înregistrează milioane de cazuri, incidența fiind mai mare la copii și la tineri care, se știe, au o rezistență mai mică la infecții și stau mai mult în colectivități (școli, grădinițe etc.).

Dacă unii copii, cu vârsta cuprinsă între 6 și 10 ani, pot face chiar 10-12 răceli pe an, adulții răcesc cam de 2-4 ori pe an, existând însă mari variații la fiecare categorie. Femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 30 de ani răcesc mai frecvent decât bărbații de aceeași vârstă, poate și datorită contactului mai frecvent cu copiii.

Impactul economic al răcelilor banale este enorm. Centrul Național de Statistică Medicală din SUA a înregistrat, în 1994, un număr de 66 de milioane de cazuri care au avut nevoie de asistență medicală. Acești bolnavi au necesitat 24 de milioane de zile de concediu medical plătit și 20 de milioane de zile absente de la școală.

Cauze

Există peste 200 de virusuri diferite care se știe că produc răceala obișnuită. Din păcate însă, între 30 și 50% dintre cazurile de răceală sunt determinate de virusuri neidentificate.

Vremea rece produce neapărat răceală?

Foarte multe persoane sunt convinse că răceala apare în urma expunerii la frig sau atunci când copiii umblă cu capul descoperit. Studiile au arătat că asemenea circumstanțe influențează ne semnificativ apariția răcelii. Susceptibilitatea la răceală crește însă în cazul stresului prelungit, al bolilor alergice care afectează mucoasa nazală și prezența de polipi nazali.

Simptomele răcelii

Simptomele răcelii comune încep de obicei la 2-3 zile de la infecție și se manifestă prin: înfundarea nasului sau scurgerea de secreții nazale, respirație dificilă pe nas, strănut, dureri de gât sau înroșirea acestuia, uneori tuse, dureri de cap și febră. Aceste simptome durează între 2 și 14 zile, dar peste două treimi dintre bolnavi se vindecă în cel mult o săptămână. Dacă simptomele durează mai mult de două săptămâni, de obicei este consecința unei alergii, nu doar a unei răceli banale.

Uneori însă răceala se poate asocia sau complica cu o infecție bacteriană a gâtului (amigdalelor) sau a sinusurilor, situații în care apar febra mai ridicată, dureri faciale severe, la nivelul sinusurilor, secreții de la nivelul gâtului, eliminate prin tuse. Această situație necesită o atenție medicală mai deosebită.

Ce se întâmplă în organism?

Virusurile cauzează infecția prin atacarea sistemului complex de apărare a organismului. Prima linie de apărare a acestuia este mucusul produs de mucoasele de la nivelul nasului și al gâtului. Acest mucus reține particulele pe care noi le inhalăm: polen, praf, bacterii, virusuri. Când un virus penetrează această mucoasă și pătrunde într-o celulă, aici el se multiplică, apărând noi și noi virusuri care invadează celulele din jur.

Simptomele răcelii sunt, de fapt, rezultatul răspunsului imun al organismului la invazia virală. Celulele infectate trimit semnale care activează globulele albe din sânge, specializate. Acestea ajung

rapid la locul infecției și elimină o serie de substanțe chimice, cum ar fi kininele. Aceste substanțe produc simptomele răcelii prin ruptura membranelor celulelor, pierderea de lichid din capilarele sanguine și vasele limfatice, creșterea producției de mucus.

Cum se transmite răceala?

În funcție de tipul virusului, acesta se transmite pe diferite căi:

- prin contactul secrețiilor respiratorii infectate cu pielea sau obiectele înconjurătoare, urmat de atingerea ochilor sau a nasului;
- inhalând particule relativ mari ale secrețiilor respiratorii, care ajung în aer pentru scurt timp;
- inhalând picături suspendate în aer, care plutesc acolo un timp mai îndelungat.

Studiile de epidemiologie au arătat că riscul de transmitere a infecției de la un bolnav este între ziua a doua și a patra de la contactarea acesteia, când nivelul virusului în secreții este cel mai ridicat.

Prevenire

Spălarea mâinilor este cea mai simplă și mai eficientă metodă de a îndepărta cea mai mare parte a virusurilor. Nu atingeți nasul și ochii altora! Persoanele răcite trebuie să strănute sau să tușească în propria batistă. În perioada de maximă contagiozitate este de preferat șederea acasă. Evitați aglomerațiile! Întrucât unele virusuri pot supraviețui până la trei ore în afara organismului, pe obiecte sau pe piele, spălarea acestor suprafețe cu substanțe dezinfectante previne transmiterea infecției.

Există un vaccin împotriva răcelii?

Dezvoltarea unui vaccin care să poată preveni răceala obișnuită a ajuns într-un impas, întrucât există, așa cum spuneam la început, un număr foarte mare de virusuri. Fiecare virus conține propriul

antigen, substanță care induce formarea din partea organismului a unor proteine specifice de apărare, numite anticorpi. Până când nu vor putea fi combinate aceste antigene într-un singur vaccin, el practic nu va fi eficient. În plus, și structura aceluiași virus poate fi diferită de la un an la altul.

Tratament

Pentru cazurile necomplicate, este necesar doar tratamentul simptomatic: repaus la pat, aport crescut de lichide, gargară cu apă caldă cu sare, aspirină sau paracetamol pentru febră și pentru durerile de cap. Unele studii recente au demonstrat însă riscul apariției așa-numitului *sindrom Reye* după consum exagerat de aspirină. Deși apare rar, de obicei la copiii între trei și doisprezece ani, el afectează toate organele, îndeosebi creierul și ficatul. Academia Americană de Pediatrie recomandă să nu se administreze aspirină la copiii sub zece ani atunci când aceștia au o boală virală.

Antibioticele nu sunt necesare, întrucât ele nu distrug virusurile. Ele sunt utile numai în cazul unor complicații bacteriene, cum ar fi sinuzita sau infecții ale gâtului. Folosirea antibioticelor în scop preventiv sau *pentru orice eventualitate* nu previne aceste complicații.

Vitamina C are vreun rol protectiv?

Mulți sunt convinși că, dacă iau cantități mari de vitamina C, vor fi mai feriți de a răci. Din păcate, toate studiile efectuate nu au confirmat în mod clar această ipoteză, ea putând doar reduce severitatea simptomelor. Mai mult, dacă se ia vitamina C un timp îndelungat, poate deveni periculos. Prea multă vitamină C poate produce diaree severă, periculoasă îndeosebi pentru cei în vârstă și pentru copiii mici. De asemenea, vitamina C distorsionează anumite teste de laborator: glucoza în urină și sânge, testele de coagulare a sângelui.

Inhalarea de aburi este de multă vreme propusă pentru tratamentul răcelii, creșterea temperaturii la nivelul mucoasei

nazale, inhibând multiplicarea virusurilor. Acest fapt nu este valabil însă decât pentru o anumită categorie, destul de restrânsă, de virusuri. Avantajul clar al acestei metode este acela că reduce congestia nazală și intensitatea simptomelor asociate răcelii.

Poate că veți reuși, sau poate nu, să scăpați de răceală anul acesta. Cel puțin încercați să o transmiteți la cât mai puțini prieteni.

2.2. APRINDEREA DE PLĂMÂNI – PNEUMONIA

Pneumonia este o infecție serioasă, care afectează plămânii sau, altfel spus, tractul respirator inferior. Ea este cauzată de bacterii, de virusuri sau, în cazuri mai rare, de paraziți sau de alte microorganisme. Din păcate însă, în 65% dintre cazuri, microorganismul (bacteria sau virusul) care cauzează pneumonia nu este identificat nici după testele efectuate.

Pneumonia debutează, de obicei, când o persoană inhalează particule de aer infectat în plămâni. În alte cazuri, se dezvoltă în timpul sau după o infecție virală superioară, cum este o răceală sau o gripă. Pneumonia mai poate apărea și ca o complicație a unei boli virale, cum ar fi pojarul sau varicela. Pneumonia poate apărea însă și dacă o persoană inhalează accidental mâncare, vomă sau mucus în plămâni.

Pneumonia poate fi o boală relativ ușoară. La tinerii sănătoși, refacerea durează două-trei săptămâni, dar poate dura până la șase-opt săptămâni sau mai mult la vârstnici sau la cei cu probleme de sănătate.

Care este incidența pneumoniilor?

Pneumonia este a șasea cauză majoră de moarte în SUA. Aproximativ 4 milioane de oameni fac pneumonie în fiecare an în SUA. Aici nu sunt incluse cazurile contractate într-o instituție de îngrijire medicală. Dintre cei 4 milioane de bolnavi cu pneumonie, aproximativ 500.000 (cam 12,5%) au nevoie de internare.

Cele mai multe cazuri de pneumonie contractate în comunitate (70%-80%), și nu într-un centru medical, se dezvoltă la oamenii de peste 60 de ani sau la cei care au o altă afecțiune medicală gravă. Pneumonia se poate dezvolta la tineri în timpul sau după o boală respiratorie. Aceasta este cauzată de obicei de un virus și este mai frecventă în lunile de iarnă. Pneumonia este de obicei mai gravă la copii, vârstnici și persoane cu boli grave.

Simptomele pneumoniilor

Simptomele de pneumonie bacteriană încep de obicei brusc și adesea se dezvoltă în timpul sau după o infecție respiratorie superioară, cum ar fi gripa sau răceala. Simptomele următoare sunt cele mai frecvente:

- tuse cu mucus decolorat – spută din plămâni; mucusul expectorat din plămâni poate fi roșiatic, verzui ori sangvinolent;
- febră, care poate fi mai puțin întâlnită la vârstnici;
- frisoane, friguri – un singur episod sau mai multe atacuri;
- respirație rapidă și adesea superficială;
- durere a pieptului, care se înrăutățește la tuse sau la inspirație profundă;
- creșterea frecvenței cardiace;
- oboseală sau senzație de slăbiciune.

Vârstnicii cu pneumonie pot avea simptome mai ușoare, cum ar fi tusea uscată. Câteodată nu au febră. O schimbare în starea mentală (confuzie sau delir) sau înrăutățirea unei boli de plămâni poate fi un semn major de pneumonie la vârstnici.

Simptomele de pneumonie virală sunt mai puțin evidente, mai puțin severe și apar gradual. Pneumonia virală trece adesea neobservată, pentru că persoana nu pare bolnavă. Simptomele variază în funcție de vârsta persoanei și de alte probleme de sănătate.

Care sunt factorii de risc?

Următorii factori cresc riscul unei persoane de a dezvolta pneumonie după o infecție respiratorie superioară:

- o afecțiune medicală gravă, în special boli pulmonare, cum ar fi astmul;
- persoanele sub un an sau peste 65 de ani;
- folosirea tutunului;
- un sistem imunitar slăbit;
- o leziune toracică (fractură costală, contuzii pulmonare);
- schimbări în starea mentală (confuzia sau pierderea conștienței), care cresc riscul aspirării de mucus, lichide sau mâncare în plămâni.

Următorii factori de risc pot crește riscul unei persoane de a avea complicații după o pneumonie. Dacă acești factori de risc sunt prezenți, persoana trebuie spitalizată pentru tratarea pneumoniei:

- vârstă de peste 65 de ani;
- alte boli, în special astm, diabet, insuficiență renală cronică, insuficiență cardiacă congestivă și boli cronice de ficat;
- spitalizare pentru altă afecțiune în ultimele 12 luni;
- inhalarea de material mucos sau conținut stomacal în plămâni;
- o stare mentală alterată – delir sau demență;
- alcoolism;
- malnutriție.

Când trebuie să apelați la medic?

Tratamentul medical prompt în pneumonie este important pentru o refacere completă. Apelați la medic imediat dacă:

- aveți dureri apăsătoare de piept, care cresc în intensitate sau apar împreună cu orice alt simptom cardiac.

- aveți dificultăți mari în respirație;
- ați vomitat sau aveți senzația de leșin când stați în picioare.

Următoarele simptome de pneumonie sunt semne de gravitate:

- tuse care produce spută cu sânge sau spută de culoare roșiatică;
- febră cu frisoane;
- respirație rapidă, superficială;
- respirație scurtă sau șuierătoare;
- durere de piept care se accentuează la o respirație profundă și se asociază cu alte simptome de pneumonie, cum ar fi respirația scurtă, tusea sau febra;
- o tuse care are următoarele caracteristici:
 - ◆ produce frecvent spută galbenă sau verzuie din plămâni și durează mai mult de două zile,
 - ◆ apare împreună cu febră peste 38° C,
 - ◆ te face să vomیți frecvent,
 - ◆ durează mai mult de patru săptămâni.

Cum se tratează pneumoniile?

De regulă, pneumoniile bacteriene se tratează cu antibiotice. Acestea se iau de obicei 5-14 zile. Persoanele cu un sistem imunitar slăbit pot lua mai mult timp. Medicul alege tipul de antibiotic, având la dispoziție o mare gamă de sortimente. Îmbunătățirile stării generale se observă de obicei după două-trei zile. Dacă persoana nu se simte mai rău în acest timp, tratamentul se menține cel puțin trei zile.

Dacă nu este nici o îmbunătățire și simptomele se înrăutățesc, sunt necesare alte examinări și probabil schimbarea antibioticului.

Pneumonia poate fi cauzată și de virusuri cum sunt cele care cauzează gripa sau varicela. Nu s-a demonstrat eficiența vreunui medicament care să trateze pneumonia cauzată de virusul gripei. Pneumonia varicelei este mai rară și poate fi tratată cu medicamente antivirale – Aciclovir.

O persoană cu pneumonie poate avea nevoie de spitalizare dacă:

- are peste 65 de ani;
- are alte probleme de sănătate, cum ar fi boli pulmonare obstructive cronice, insuficiență cardiacă congestivă, astm, diabet, insuficiență renală cronică sau boli de ficat cronice;
- nu poate avea grijă de sine însăși și nu este capabilă să comunice modul în care îi evoluează boala;
- are dureri de piept, cauzate de inflamarea foiei pleurale care căptușește plămânii sau de prezența lichidului în pleure (pleurezie);
- tratament ineficient făcut la domiciliu: febra nu scade sau revine, tusea uscată începe să aducă secreții din plămâni sau respirația sacadată se înrăutățește.

Prevenire

În SUA, infecția cu *Streptococcus pneumoniae* poate cauza până la 60% dintre cazurile de pneumonie bacteriană. Vaccinul antipneumococic poate reduce riscul complicațiilor pneumoniei cauzate de această bacterie. Totuși vaccinul nu asigură protecție împotriva complicațiilor pneumoniei cauzate de alte forme de bacterii și viruși.

Vaccinul antipneumococic este recomandat pentru persoanele de peste 65 de ani și pentru cei care au un risc crescut de complicații ale pneumoniei. De obicei, vârstnicii sănătoși au nevoie doar de o doză pentru o protecție de lungă durată. Cei cu afecțiuni cronice este bine să facă vaccinul la fiecare cinci-șase ani. Unii medici recomandă ca fiecare persoană de peste 65 de ani să facă vaccinul la fiecare cinci ani. De asemenea, vaccinul se recomandă copiilor sub doi ani, în special celor cu un risc crescut de infecție pneumococică.

Câteva informații legate de vaccin:

- Aproximativ jumătate din oamenii care au făcut injecția au o ușoară reacție.

- Reacțiile severe, anafilactice, sunt rare.
- Vaccinul nu poate cauza pneumonie.

Alte vaccinuri pot preveni bolile comune în care pneumonia poate fi o complicație.

- Vaccinarea copiilor pentru pojar poate preveni majoritatea cazurilor de pojar. Adulții pot avea nevoie să fie vaccinați împotriva pojarului, dacă nu au avut boala sau dacă nu au fost vaccinați în copilărie.
- Vaccinarea anuală pentru gripă o poate preveni. Gripa duce adesea la pneumonie, în special la vârstnici și la oamenii care au alte boli cronice. Vaccinul antigripal poate fi făcut în același timp cu vaccinul pneumococic, dar la celălalt braț.
- Vaccinarea pentru varicelă poate preveni cele mai multe cazuri de pneumonie cauzate de virusul varicelei. Vaccinați-vă dacă aveți peste treisprezece ani și încă nu ați avut varicelă.

Studii recente arată că zincul mineral poate reduce riscul de pneumonie la copii. Zincul se află în anumite alimente – boabe, cereale – sau se adaugă în suplimente. Rezultatele studiilor pe copii arată că adăugarea de zinc în dietă reduce riscul de pneumonie cu 41%.

În SUA se recomandă pentru copii 5 mg de Zn pe zi. Copiii între unu și patru ani ar trebui să ia 10 mg pe zi.

Tratamentul la domiciliu

Tratamentul la domiciliu este o parte foarte importantă în tratarea pneumoniei. Persoanele cu sistem imunitar slăbit au riscuri mari de complicații după pneumonie.

- Evitați contactul cu persoanele care au infecții ale tractului respirator, cum ar fi răceala sau gripa.
- Dacă nu ați avut pojar sau varicelă, evitați contactul cu cei care ar putea avea aceste infecții. Pneumonia poate fi o complicație

a pojarului sau varicelei, așa că orice contact cu asemenea bolnavi care le au poate fi riscant în dezvoltarea pneumoniei.

Utilizarea frecventă de antibiotice în prevenirea infecțiilor, cum ar fi infecții ale urechilor, contribuie la răspândirea bacteriilor rezistente la antibiotice. Pentru a preveni dezvoltarea bacteriilor rezistente:

- aruncați orice antibiotic nefolosit, expirat;
- nu luați antibioticele rămase și nu le oferiți cadou altora;
- luați toate antibioticele prescrise, chiar dacă vă simțiți mai bine, pentru a face un tratament complet.

Și câteva sfaturi generale:

- Încercați să vă odihniți cât mai mult și să beți cât mai multe lichide.
- Tratați-vă tusea, ca să vă puteți odihni.
- Puteți lua paracetamol sau aspirină, pentru a reduce febra și a vă simți mai bine. Evitați însă aspirina, dacă aveți sub 20 de ani.

În multe cazuri, pneumonia este o boală tratabilă, pe termen scurt. Totuși pneumoniile frecvente pot fi complicații serioase, și câteodată netratabile, ale altor boli cronice.

2.3. ASTMUL BRONȘIC

Astmul bronșic este o boală pulmonară cronică, ce poate apărea fie în copilărie, fie la vârsta adultă, care poate avea două grupe mari de cauze:

- Cauze alergice: sunt diferite substanțe conținute în anumite alimente, în mediul înconjurător. Acest tip de astm apare, de regulă, la vârsta copilăriei.

- Cauze infecțioase: acest tip de astm, care apare la vârsta adultă, este consecința unor boli infecțioase bronho-pulmonare repetate.

De cele mai multe ori însă, această separare este artificială, mecanismul de apariție a astmului bronșic fiind mixt. De exemplu, o criză de astm de cauză alergică poate fi declanșată de o infecție pulmonară obișnuită.

Diagnosticul astmului bronșic

Diagnosticul astmului bronșic este simplu la prima vedere, prin prisma simptomelor pe care le prezintă, dificultățile mai mari de diagnostic apărând în momentul în care se încearcă identificarea cauzei.

Pentru a diagnostica astmul, medicul are nevoie de informații medicale multiple:

- istoria medicală a familiei, în ceea ce privește astmul, diferite alergii, boli de piele (eczeme) sau alte boli de plămâni;
- simptomele respiratorii care apar în condiții obișnuite și în condiții de criză: el va fi interesat de orice problemă de respirație pe care ai fi putut-o avea; este important să descrieți simptomele în detaliu (tuse, respirație șuierătoare, respirație scurtă, presiune în piept), incluzând și alte detalii (când și cât de des apăreau acestea);
- medicul va face și o examinare fizică și va asculta inima și plămânii.

Sunt multe teste pe care medicul le poate face, inclusiv teste pentru funcțiile plămânilor, teste de alergie, teste ale sângelui și radiografii ale toracelui și ale sinusurilor.

Cea mai comună examinare, dar care dă destul de puține informații, este radiografia pulmonară. O radiografie este o imagine a corpului, creată prin folosirea unor doze mici de radiații reflectate pe un film special sau pe un ecran fosforescent. Razele X

pot fi folosite pentru a diagnostica o gamă largă de boli, de la bronșită la un os rupt. O radiografie pulmonară evidențiază structurile anatomice din interiorul toracelui: plămâni, inimă și structuri osoase (coaste, vertebre).

Testele pentru funcția pulmonară (testele care arată cât și cum funcționează plămânii) includ numeroase proceduri, dar două dintre ele sunt cele mai importante:

- Spirometria este un test simplu de respirație, care măsoară cât de mult și cât de repede cineva poate inspira și expira aerul în și din plămâni. Este folosit adesea pentru a determina cât de obstrucționate sunt căile respiratorii. Spirometria poate fi făcută înainte și după inhalarea unui medicament cu acțiune limitată în timp, numit bronhodilatator (de exemplu Ventolin, Astmovent etc.). Acest test poate fi făcut și la următoarele consultații, pentru a monitoriza progresul bolii și pentru a-l ajuta pe medic să determine dacă și cum să modifice planul de tratament. Rezultatul spirometriei (numit spiogramă) se compară cu rezultatele unei persoane care nu are astm, de sex, înălțime și vârstă similare. În funcție de diferențele dintre rezultate, medicul va clasifica gradul de severitate al astmului.
- Testul la metacolină este mai des folosit la adulți decât la copii și poate fi făcut dacă anamneza și spirometria nu stabilesc cu exactitate un diagnostic complet al astmului. Metacolina este o substanță care, după inhalare, provoacă un spasm (o îngustare) al căilor respiratorii, în situația în care boala este prezentă. În timpul testului, pacientul inhalează o cantitate tot mai mare de metacolină în timpul aerosolilor, înainte și după spirometrie. Testul la metacolină este considerat pozitiv, dacă funcția plămânilor a scăzut la cel puțin 20%. Un bronhodilatator este aproape întotdeauna administrat la sfârșitul testului, pentru a neutraliza în final efectele metacolinei.

Sfaturi practice pentru a trăi cu astmul bronșic

Monitorizând simptomele astmului și având un stil de viață fără excese, puteți să trăiți eliberat de simptomele astmului. Din acest punct de vedere, cea mai importantă grijă trebuie să fie identificarea și apoi evitarea factorului determinant al crizei de astm.

- Protejați-vă cât mai bine de infecții. Una dintre cele mai frecvente infecții cronice este sinuzita. Bolile virale, cum sunt răcelile banale și gripa, pot provoca atacuri astmatice. Dacă este necesar, consultați-vă medicul în ceea ce privește oportunitatea de a vă face, în fiecare toamnă sau la începutul iernii, un vaccin antigripal.
- Dacă vi se anunță musafiri care au simptome de răceală sau gripă, rugați-i să-și amâne vizita până când se vor simți mai bine. Dacă este posibil, încercați să stați departe de mulțimi, de aglomerații, toamna și iarna, când este sezonul gripei.
- Igiena bună ajută la scăderea incidenței infecțiilor virale. Puteți preveni răspândirea infecției prin spălarea frecventă a mâinilor de către fiecare membru al familiei. Este importantă spălarea pe mâini cu săpun și apă caldă în special înainte de a găti, de a mânca, de a lua medicamente, de a face tratamente pentru respirație, după tușit sau strănutat, după folosirea băii, după atingerea hainelor murdare și după ce ați vizitat pe cineva răcit.

Cum știți dacă ați contractat o infecție pulmonară?

Există o serie de simptome care trag un semnal de alarmă ce nu trebuie neglijat:

- respirație tot mai scurtă;
- dificultăți în respirație;
- respirație șuierătoare;
- tuse cu expectorație crescută, cu aspect de mucus galben sau verde;
- febră, frisoane;

- stare de oboseală accentuată sau slăbiciune;
- senzația de gât uscat, gât iritat, durere la înghițire;
- congestie nazală;
- durere de cap, durere în pomeți.

Există o serie de substanțe din jur care sunt implicate în mod special în declanșarea crizei de astm bronșic. Acestea sunt: praful din casă, mușgaiul, polenul, firele de păr de la diverse animale și fumul de țigară. Fiecare dintre ele necesită o atenție specială.

Cum ne putem proteja de praful alergic din jur?

- Îmbrăcați pernele, saltelele cu învelitori cu fermoar și antialergice. Ideal ar fi ca pernele și saltelele să nu conțină pene.
- Spălați lenjeria de pat în apă fierbinte o dată pe săptămână.
- Podelele care nu au covoare prea multe (sau mochete) sunt cele mai bune. Dacă nu puteți renunța la ele, aspirați-le cu un aspirator care să aibă un sac antialergic.
- Purtați o mască în timp ce aspirați.
- Dacă aveți un copil care are astm, nu aspirați în timp ce el este în cameră.
- Există deja produse de curățenie care elimină particulele de praf din covor. Folosiți-le!
- Înlocuiți draperiile grele din pluș sau pânză cu materiale lavabile și care nu rețin atât de mult praful.
- Ștergeți frecvent praful cu o cârpă umedă.
- Jucăriile și cărțile ar trebui ținute, dacă este posibil, în rafturi închise, sertare sau dulapuri.
- Înlocuiți jucăriile de pluș tradiționale cu jucării care pot fi spălate.
- Păstrați toate hainele în sertare și dulapuri. Țineți sertarele și dulapurile închise.
- Umiditatea interioară ar trebui păstrată sub 25-50%.

- Dacă aveți aer condiționat acasă sau la birou, schimbați regulat filtrul la instalația de aer condiționat.

Cum ne putem proteja de apariția mușcăiului?

- Aerisiți frecvent zonele umede.
- Dacă aveți posibilitatea să folosiți aerul condiționat, faceți-o.
- Curățați baia în mod regulat, folosind produse care curăță și previn igrasia.
- Folosiți ventilatoare pentru a înlătura aburul.
- Nu puneți covor în baie.
- Nu țineți plante în dormitor.
- Când zugrăviți casa, folosiți în vopselele de interior așa-numiți inhibitori pentru igrasie, care se găsesc deja în comerț.
- Evitați sursele externe de igrasie, cum ar fi frunzele ude și gunoiul din grădină.

Despre polen, este bine să știți că este foarte dens dimineța, în special în zilele calde și uscate. În aceste perioade, limitați-vă activitatea în aer liber. De asemenea, țineți ferestrele închise în perioadele de polenizare.

Cum ne protejăm de părul animalelor?

- Este bine să nu aveți animale, dacă cineva din familie este alergic.
- Evitați animalele care s-a demonstrat că pot cauza alergii (de exemplu, pisica)
- Vizitele lungi la prieteni care au animale ar trebui evitate. Dacă totuși îi vizitați și suferiți de astm, luați o doză din medicamentele curente (un puf de spray) înainte de a pleca în vizită. Contactul cu animalele ar trebui să fie minim. Nu le luați în brațe, nu le mângâiați și nu le hrăniți dumneavoastră.

- Dacă trebuie neapărat să aveți un câine sau o pisică în casă, restrângeți-i zona de acces. Nu ar trebui să aibă voie în dormitorul copiilor.
- Dacă este posibil, țineți animalul afară.
- Spălați animalul săptămânal.
- Păstrați în casă doar câte covoare este absolut necesar. Părul animalului se depozitează în covoare și rămâne chiar după ce animalul a plecat.

Cum evităm factorii iritanți din aer?

- Nu fumați! Nu permiteți fumatul în jurul dumneavoastră, în special în casă și în mașină.
- Cereți întotdeauna, la hotel, în tren sau avion, locuri la nefumători.
- Evitați locurile unde fumatul este permis și stați totdeauna în zonele pentru nefumători. Fumul de țigară irită căile respiratorii mult timp după ce nu se mai fumează.
- Evitați folosirea spray-urilor tip aerosol, vopsea și agenți de curățare cu mirosuri grele, în special în casă și în mașină. Casa trebuie să aibă o bună aerisire.
- Folosiți o mască sau o batistă când ștergeți praful, când aspirați, când măturați sau când munciți în curte.
- Nu folosiți parfum, loțiuni parfumate sau alte produse mirositoare care pot irita plămânii.
- Evitați fumul produs de lemne.
- Dacă trăiți într-o zonă unde poluarea este o problemă, limitați-vă activitățile din afara casei atunci când poluarea este crescută.
- Evitați parcările subterane, mult mai bogate în fum de eșapament.
- Evitați traficul intens sau zonele industrializate, de câte ori este posibil.

- Evitați condițiile meteo extreme (foarte frig sau foarte cald).
- Folosiți un ventilator sau o hotă când gătiți, pentru a îndepărta fumul și mirosurile.

Rolul dietei în astmul bronșic

Rolul alergenilor în determinarea astmului este dovedit în 30-40% din totalitatea bolnavilor astmatici. În toate aceste cazuri, dar și în cele nedovedite, dar probabile, evitarea acestor alergeni stă la baza tratamentului. Din acest motiv, evitarea alimentelor care se pot constitui în alergeni alimentari (laptele, ciocolata, ouăle, carnea etc.) poate fi utilă.

De asemenea, este bine să fie eliminați din alimentație aditivii alimentari: acidul tartric (sarea de lămâie), acidul acetilsalicilic, benzoatul de sodiu (conservanți chimici) care potențează apariția astmului la persoanele sensibilizate. Mai pot fi incriminate metasulfitul de sodiu (din unele sucuri de fructe, din oțet), brânza, siropurile și, mai rar, pepenele galben și bananele.

Este utilă menținerea unei hidratări suficiente a organismului (beți 6-8 pahare de apă/zi) pentru a fluidifica secrețiile bronșice.

Mai poate fi utilă, mai ales în criza minoră de astm, consumarea unui cățel de usturoi pisat și amestecat cu o ceașcă de apă caldă. Substanțele active din usturoi, absorbite la nivel digestiv, se vor elimina pe cale pulmonară. În criza de astm bronșic însă, tratamentul medicamentos este indispensabil.

Fumatul și astmul bronșic

Dacă sunteți fumător, renunțatul la fumat este cel mai important pas pe care trebuie să-l faceți pentru a vă proteja plămânii. De ce să renunțați la fumat? Probabil ați auzit că fumatul este dăunător pentru sănătatea dumneavoastră și a celor din jur. Iată câteva lucruri benefice, binecunoscute de altfel, în cazul renunțării:

- Vi se prelungește viața.

- Vi se îmbunătățește sănătatea. Fumatul crește riscul de cancer de plămân, de gât, emfizem pulmonar, boli de inimă, tensiune arterială, ulcer, boli ale gingiilor și alte afecțiuni.
- Vă veți simți mai sănătos. Fumatul poate cauza o tuse cronică, lipsă de condiție fizică (toleranță redusă la efort), senzația de gât uscat.
- Veți arăta mai bine. Fumatul poate cauza riduri, dinți pătați, paloarea feței.
- Vi se va îmbunătăți simțul gustului și al mirosului.
- Veți economisi bani.

Câteva sfaturi pentru a renunța la fumat

Nu este doar o singură cale de a renunța la fumat, valabilă pentru toată lumea. Au fost încercate extrem de multe metode, unele mai ineficiente decât altele și doar câteva cu adevărat eficiente. Un program de renunțare vă poate ajuta. Înainte de a încerca renunțarea, care trebuie făcută dintr-o dată, alcătuirea unui plan vă poate fi de ajutor:

- Alegeți o dată de la care să renunțați și apoi pregătiți-vă pentru aceasta.
- Înregistrați când și de ce ați fumat. Veți ști ce vă determină să fumați.
- Înregistrați ce faceți când fumați. Încercați să rupeți legăturile dintre fumat și anumite activități.
- Faceți o listă cu motivele pentru renunțare. Citiți lista înainte și după ce renunțați.
- Găsiți activități care să înlocuiască fumatul. Fiți gata să faceți altceva când țigara vă tentează.
- În ziua în care alegeți să renunțați, începeți dimineața fără țigară.
- Nu vă concentrați asupra a ceea ce vă lipsește. Gândiți-vă la ce câștigați. Repetați-vă că faceți un lucru grozav dacă renunțați.

Reamintiți-vă aceasta când vreți să fumați.

- Când simțiți nevoia să fumați, respirați adânc. Țineți-vă respirația timp de zece secunde, apoi expirați ușor.
- Țineți-vă mâinile ocupate. Faceți sport, tricotați sau lucrați la computer. Nu faceți însă din computer o altfel de țigară.
- Schimbați activitățile care erau conectate cu fumatul. Faceți o plimbare sau citiți o carte în loc de a face o pauză pentru țigară.
- Nu purtați brichetă, chibrituri sau țigări în buzunar sau în poșetă. Duceți-vă în locuri unde fumatul este interzis, cum sunt muzeele și biblioteca.
- Mâncați hipocaloric, mâncăruri sănătoase, atunci când simțiți nevoia să fumați. Morcovii și țelina, fructele proaspete și gustările fără grăsimi sunt alegeri bune.
- Beți multe lichide. Eliminați consumul de alcool și cofeină. Acestea vă pot provoca să fumați. Alegeți apa, ceaiurile de plante, băuturile fără cofeină și sucurile.
- Faceți gimnastică și diverse exerciții fizice. Ele vă vor ajuta să vă relaxați.
- Alegeți-vă anturajul astfel încât să fie alcătuit din nefumători.
- Povestiți și altora despre progresele pe care le-ați făcut.

Efectele care se produc după ce ați renunțat la fumat sunt imediat vizibile. Iată ce se întâmplă când renunțați la fumat:

După 20 de minute de nefumat:

- Nu mai poluați aerul.
- Tensiunea arterială și pulsul scad.
- Temperatura mâinilor și a picioarelor crește.

După 8 ore de nefumat:

- Nivelul monoxidului de carbon din sânge revine la normal.
- Nivelul oxigenului din sânge crește.

După 48-72 de ore de nefumat:

- Riscul unui atac de inimă scade
- Terminațiile nervoase se obișnuiesc cu absența nicotinei.
- Abilitatea de a recepționa gusturile și mirosurile începe să-și revină.
- Bronhiile se relaxează.

După 2 săptămâni până la 3 luni de nefumat:

- Circulația sanguină se îmbunătățește semnificativ în toate regiunile anatomice.
- Toleranța la activitatea fizică și la efort se mărește.

După 3-9 luni de nefumat:

- Tusea, congestia sinusurilor, oboseala și respirația scurtă se reduc.
- Ciliii din plămâni cresc la loc, se mărește capacitatea plămânilor de circulație a aerului și a schimburilor gazoase, plămânii sunt curățați și se reduce semnificativ riscul de a face infecții pulmonare.
- Starea generală se ameliorează vizibil.

După un an de nefumat:

- Riscul de a muri de boli de inimă scade la jumătate față de riscul în cazul unei persoane care fumează toată viața.

După 5 ani de nefumat:

- Riscul de a muri de cancer de plămâni scade la jumătate față de riscul în cazul unei persoane care fumează toată viața.

După 10 ani de nefumat:

- Riscul de a muri de cancer de plămân scade aproape la nivelul unei persoane care nu a fumat niciodată.
- Riscul de alte tipuri de cancer (de gură, de laringe, de esofag, de rinichi, de pancreas) scade semnificativ.

Este foarte posibil ca, atunci când începeți prima zi ca nefumător, după ce ați fumat ani de zile, să nu vă simțiți în cea mai bună formă. Probabil că veți avea multe dintre următoarele simptome:

- Pofțiți intens după încă o țigară.
- Vă simțiți foarte flămând.
- Tușiți des.
- Aveți dureri de cap.
- Aveți dificultăți în concentrare.
- Veți fi uneori mai constipat.
- Vă simțiți foarte obosit.
- Aveți gâtul uscat.
- Veți adormi mai greu și vă veți trezi obosit.

Toate acestea sunt semne care apar ca urmare a intoxicației cu nicotină, urmate de abținere. Deși simptomele sunt mai puternice când renunțați prima dată, ele ar trebui să dispară în câteva săptămâni.

Pentru a renunța la fumat, trebuie să fiți pregătit emoțional și mental. Unii oameni pot renunța mai ușor decât alții. Iată mai jos cinci pași ai schimbării, care trebuie să fie parcurși pentru a reuși să renunțați:

Etapa 1: Prestabilire – Nu vreți să renunțați la fumat, dar ați putea încerca, pentru că vă simțiți presat.

Etapa 2: Stabilire – Vreți să renunțați într-o zi. Nu ați făcut încă nici un pas, dar vreți să renunțați.

Etapa 3: Pregătire – Faceți unii pași nesiguri, mici, pentru renunțare, cum ar fi reducerea numărului de țigări sau înlocuirea lor cu țigări mai slabe. Încercați să vă amăgiți singuri.

Etapa 4: Acțiune – Trebuie să puneți în practică planul de renunțare. Faceți schimbări în viața dumneavoastră și în mediul în care trăiți, pentru a vă ajuta să faceți față nevoii de a fuma. Veți reuși să faceți aceasta, urmând planul și reușind să nu fumați timp de șase luni.

Etapa 5: Menținere – N-ați mai fumat de un an. Amintiți-vă: recidiva este foarte obișnuită. De fapt, 75% dintre cei care renunță vor fuma din nou. Cei mai mulți fumători încearcă să renunțe de trei ori înainte să reușească.

Încă un singur sfat: Nu renunțați!

2.4. CANCERUL PULMONAR

Cancerul pulmonar este o formă de cancer destul de agresivă și rapid evolutivă, care începe atunci când anumite celule din plămân încep să crească rapid și haotic, fără a putea fi controlate.

Simptomele acestui tip de cancer apar foarte rar într-un stadiu precoce de evoluție. În cele mai multe cazuri, el se manifestă într-un stadiu avansat, când afectează deja funcționarea normală a plămânului. Problemele respiratorii pot fi printre primele simptome ale cancerului pulmonar.

Cancerul pulmonar avansat se răspândește la cei mai apropiați noduli limfatici și uneori chiar și la celălalt plămân. Ulterior, răspândirea (metastazarea) se realizează și la alte organe ale corpului, cum sunt oasele, creierul sau ficatul.

Cauzele cancerului pulmonar

Cancerul pulmonar este cauza principală a morții prin boli canceroase la bărbați, în ultima vreme incidența crescând foarte mult și la femei. Există mai multe cauze ale apariției cancerului pulmonar, dar fumatul este, de departe, cauza cea mai incriminată.

Majoritatea cazurilor de cancer pulmonar sunt legate în mod direct de consumul de tutun. Substanțele dăunătoare din fumul de țigară, numite cancerigene, distrug celulele din plămâni. Mulți experți cred că mai mult de 85% dintre cazurile de cancer pulmonar sunt datorate fumului de țigară. Folosirea tutunului este cel mai important factor de risc. Mai mult de 80-90% dintre cazurile de cancer pulmonar sunt rezultatul fumatului. Cu cât un fumător fumează mai multe pachete de țigări pe zi, cu atât riscul dezvoltării cancerului de

plămân crește. Riscul ca o persoană care trăiește lângă un fumător să se îmbolnăvească de cancer pulmonar este mai mare cu 30% față de o persoană care trăiește într-un mediu cu nefumători.

Femeile riscă mai mult să se îmbolnăvească datorită substanțelor chimice din fumul de țigară. Prin urmare, ele pot fi predispuse la cancer atât când fumează, cât și atunci când sunt într-un mediu în care se fumează.

Expunerea la alte substanțe dăunătoare, așa cum sunt azbestul și radonul, poate contribui la creșterea riscului de cancer pulmonar. O combinație de factori de risc, de exemplu un fumător expus și la azbest, duce la creșterea semnificativă a riscului îmbolnăvirii de cancer pulmonar. Mai sunt incriminați expunerea prelungită la fum și praf, poluarea accentuată din unele orașe, precum și unele boli pulmonare cronice.

Tipuri de cancer pulmonar

Sunt două tipuri principale de cancer pulmonar: cancerul pulmonar cu celule mici și cancerul pulmonar fără asemenea celule. Aceste două tipuri de cancer sunt foarte diferite: au un aspect diferit la microscop, cresc și se împrăstie în moduri diferite și sunt tratate diferit.

Cancerul pulmonar fără celule mici este mai des întâlnit față de celălalt tip și deține 75% din totalul bolnavilor de cancer pulmonar. În general, crește și se împrăstie mai încet decât cancerul pulmonar cu celule mici. El cuprinde, la rândul său, diferite subtipuri. Cancerul pulmonar cu celule mici este, din fericire, mai rar. El crește foarte rapid în majoritatea cazurilor și se împrăstie și la alte organe din corp, diagnosticul fiind, de cele mai multe ori, tardiv. Cancerul pulmonar cu celule mici este direct asociat cu fumatul.

Prognosticul unui bolnav diagnosticat cu cancer pulmonar depinde de mai mulți factori:

- încadrarea în unul din cele două tipuri descrise mai sus;
- stadiul cancerului pulmonar în momentul diagnosticării;
- vârsta persoanei și starea generală de sănătate.

Tratamentul cancerului pulmonar

Tratamentul pentru cancerul de plămâni combină următoarele opțiuni terapeutice:

- intervenția chirurgicală pentru înlăturarea tumorii;
- radioterapia (terapia cu radiații-doze mari de raze X sau alte raze care distrug celulele cancerigene);
- chimioterapia (folosind medicamente care distrug celulele cancerigene).

Foarte mulți oameni care au cancer pulmonar sunt diagnosticați doar atunci când cancerul se află deja într-o stare avansată. Doar primele stadii sunt vindecabile pe bază de tratament.

Tratamentul pentru cancerul fără celule mici este diferit față de tratamentul pentru cancerul cu celule mici. El crește și se împrăștie mai încet; are mai multe stadii care pot răspunde fiecăruia dintre cele trei tratamente precizate mai sus. Operația este de obicei tratamentul standard și se poate efectua începând din stadiul I și până în stadiul III A. Acest tip de cancer este de obicei tratat prin combinarea celor trei terapii.

Cancerul cu celule mici crește foarte rapid, în majoritatea cazurilor, și se răspândește în celelalte organe (metastazează). Chimioterapia este tratamentul standard pentru acest tip de cancer pulmonar, cu toate că și radiațiile pot ajuta la micșorarea unei tumori care crește rapid.

Unii bolnavi care sunt în stadii avansate de cancer pulmonar refuză să mai facă tratamentul specific din cauza timpului, a cheltuielilor sau a efectelor secundare care pot apărea în urma tratamentului și care pot fi mai mari decât beneficiile. Majoritatea tratamentelor pentru cancerul pulmonar au multiple efecte secundare. O persoană care fumează și care este diagnosticată cu cancer pulmonar își poate mări eficiența tratamentului renunțând la fumat, chiar dacă prognosticul pe termen lung nu este îmbunătățit semnificativ.

PROBLEME DIGESTIVE

3.1. SURPRIZE SÂNGEROASE – HEMORAGIILE DIGESTIVE

Cu ocazia unui consult medical obișnuit, anumiți pacienți pot relata despre episoade recente de sângerare gastrointestinală. Această relatare descrie apariția unui scaun închis la culoare, negru *ca păcura*, sau, din contră, cu sânge roșu sau alteori vomă care conține mici cantități de sânge decolorat, având un aspect asemănător *zațului de cafea*. Faptul că mulți dintre acești pacienți nu se simt bolnavi îi face să amâne prezentarea la medic, iar în acest răstimp simptomele descrise mai sus pot dispărea, ceea ce le creează senzația de vindecare.

Hemoragiile digestive superioare grupează mai multe boli care aparțin de partea superioară a tubului digestiv și care au în comun faptul că se manifestă prin eliminarea de sânge proaspăt pe gură (hematemeză) sau de sânge digerat, prin scaun (melenă). Dincolo de gravitatea lor, astfel de boli produc o panică deosebită bolnavului (*care varsă sânge!*), iar pentru că sursa de sângerare nu este vizibilă, situația necunoscută îi accentuează această senzație.

Cauzele hemoragiilor digestive

Deși cauza lor este multiplă, în mod practic, peste 95% dintre aceste hemoragii provin din patru boli mai frecvente: boala

ulceroasă, cancerul gastric, gastrita produsă prin acțiunea iritantă a unor medicamente sau alte substanțe chimice înghițite și ciroza hepatică avansată. Prin urmare, hemoragia digestivă nu reprezintă o boală în sine, ci este o complicație a unei boli care exista de mai mult timp și care, prin evoluția ei a erodat peretele tubului digestiv, cuprinzând în această eroziune un vas de sânge, mai mare sau mai mic, fapt ce a produs hemoragia. Există însă și hemoragii difuze, a căror sursă nu poate fi clar evidențiată.

Semnele hemoragiei digestive

Dincolo de manifestarea vizibilă a hemoragiei, exteriorizată sub o formă sau alta, așa cum am descris mai sus, există o serie de semne indirecte, care ne atrag atenția asupra faptului că bolnavul sângerează, semne a căror amploare depinde de gravitatea hemoragiei, de cauza hemoragiei și de durata sângerării. Se subînțelege că o hemoragie mai mare va da semne mai evidente.

Bolnavul cu hemoragie mică apare în cabinetul medical mai mult din cauza spaimei pe care i-a produs-o hemoragia decât din cauza accidentului hemoragic. În rest, starea generală este bună, tensiunea arterială are valori obișnuite, bolnavul putând compensa pierderea prin resursele proprii.

Bolnavul cu hemoragie mare nu poate veni singur la medic. De asemenea, nu poate sta singur în picioare pentru că amețește, mai ales la trecerea din poziția orizontală în cea verticală. El este palid, pielea poate fi acoperită de sudori reci, îi este sete, are vâjâituri în urechi, tulburări de vedere, pulsul este slab, mai rapid, iar tensiunea arterială este scăzută. Un bolnav care avea o tensiune arterială normală înainte (120-140/70-90 mm Hg) sau chiar era hipertensiv, dacă în urma unei asemenea hemoragii ajunge la o tensiune maximă de 100 mm Hg, această scădere tensională este un semn de hemoragie gravă. Asemenea semne apar când bolnavul pierde într-un timp relativ scurt cel puțin un litru de sânge, fapt care se evidențiază ușor prin câteva determinări elementare de laborator efectuate din sânge (hematocrit, hemoglobină).

Simptomele descrise sunt mult mai diminuate în situațiile în care pierderea de sânge s-a produs treptat, într-un interval lung de timp (săptămâni sau chiar luni), perioadă în care organismul a avut timpul necesar unei adaptări măcar parțiale la starea de anemie instalată. Excepție fac bolnavii cu boli cardiovasculare grave, care suportă mult mai greu anemia.

S-a constatat că cele mai multe hemoragii digestive apar în lunile de primăvară și toamnă (în evidentă legătură cu sezoanele de exacerbare a bolii ulceroase), precum și la persoanele cu vârsta cuprinsă între 50 și 70 de ani.

O atenție deosebită trebuie acordată hemoragiilor digestive apărute după ingestia unor medicamente. Acestea, spre deosebire de celelalte cauze descrise mai sus, nu sunt consecința unei boli digestive anterioare netratate, agravate, ci doar rezultatul unei rezistențe mai diminuate a mucoasei gastrice sau al unui tratament medicamentos incorect administrat ori prea agresiv. Se consideră ca fiind hemoragie gastrică medicamentoasă orice hemoragie precedată, timp de o săptămână, de consumul unuiu sau mai multor medicamente care au reputația de iritante gastrice. Din această categorie fac parte multe medicamente pe care le luăm frecvent, cu destulă ușurință: aspirina, antireumaticele (diclofenacul, indometacinul, ibuprofenul, piroxicamul etc.), anticoagulatele (trombostopul) și antiagregantele plachetare (dipiridamolul, ticlidul etc.), pe care le iau cei mai mulți dintre bolnavii cu boli cardiovasculare, medicamentele care conțin cortizon (prednison, dexametazon, solumedrol), medicamentele antituberculoase. Un bolnav ulceros, care este în același timp și reumatic și ia medicamente din categoria celor descrise mai sus, are un risc major de hemoragie digestivă superioară.

Ce avem de făcut?

Primul lucru care trebuie făcut într-o hemoragie digestivă este identificarea cauzei acesteia. Prin urmare, este necesară prezentarea de urgență la medic. Acasă, în timpul transportului și la spital,

bolnavul va sta fără pernă. Hemoragia nu se tratează la domiciliu! Orice hemoragie digestivă superioară trebuie spitalizată!

Metoda cea mai rapidă și mai sigură de diagnostic este examenul endoscopic al tubului digestiv, metodă care, prin vizualizarea directă a duodenului, a stomacului și a esofagului, permite identificarea locului sângerării (ulcer, tumoră, eroziune, varice esofagiene etc.). Din acest moment înainte, atitudinea terapeutică este diferită.

Ulcerul se va trata medicamentos și cu regim, urmărind astfel reducerea acidității gastrice (aciditatea crescută favorizează procesul de eroziune a peretelui gastric), și un eventual tratament cu antibiotice, dacă se demonstrează existența și a unei componente bacteriene (*Helicobacter pylori*) în producerea acestuia. Existența unei tumori gastrice impune intervenția chirurgicală de urgență, care va îndepărta tumora împreună cu zona de sângerare. De regulă, dacă sângerarea nu se oprește sub tratament medicamentos, ea trebuie oprită prin tratament chirurgical.

Sângerarea din varice esofagiene rupte, apărute ca o consecință a evoluției unei ciroze, are prognosticul cel mai nefast și este un semn de gravitate a acesteia, pentru că, deși hemoragia se poate opri temporar, ea va reapărea în scurt timp, când va fi și mai gravă, pentru că boala în sine – ciroza hepatică – nu este vindecabilă.

Hemoragia apărută după administrarea de medicamente are prognosticul cel mai bun. Într-o asemenea situație, după oprirea administrării medicamentului respectiv, post, ingestia de lichide reci, tratament de reducere a secreției gastrice, hemoragia se oprește de cele mai multe ori spontan.

Hemoragiile grave, brusc apărute, care pun în pericol viața prin cantitatea mare de sânge pierdută în scurt timp, necesită și administrarea de sânge și alte soluții perfuzabile.

După oprirea hemoragiei se începe realimentarea progresiv, începând cu lichide reci și apoi, treptat, cu paste făinoase. Anemia cronică se poate corecta administrând preparate pe bază de fier.

Prin modul lor de apariție și de manifestare, prin bolile pe care le ascund în spate, hemoragiile digestive pot crea surprize neplăcute. Pe unele dintre ele le putem evita, pe cele mai multe le putem trata eficient, dar pe nici una nu o putem neglija. Atenție, sunt... sângeroase!

3.2. STOMACUL DE SĂRBĂTORI - INDIGESTIILE

Anturajul este cel mai eficient mijloc de stimulare nu numai a voii bune, ci și a chefului de a mânca și de a bea. Sociabilitatea fiecăruia se manifestă de multe ori în fața unei mese încărcate, care ne bucură doar simțurile, dar întristează multe dintre organele noastre interne. Și pentru că nu pot vorbi, ele reacționează în felul lor. Atenție! Vine Paștele! Vine Crăciunul sau oricare altă sărbătoare sau prilej de masă festivă! Rămâneți prieten cu stomacul dumneavoastră!

O butadă medicală cu orientare mult prea tolerantă spune că fiecare bolnav are dreptul la un Paște și la un Crăciun. Viața cotidiană, și prin ea alimentația cotidiană, cunoaște intermitent momente festive, prilejuite de anumite aniversări sau sărbători, cu caracter individual sau colectiv. Din punctul de vedere al sărbătorilor religioase, cei mai mulți dintre noi evoluăm între cele două mari evenimente creștine: Crăciunul și Paștele. Deși ele sunt precedate de o perioadă de post, aceste două sărbători pun deseori la grea încercare aparatul digestiv, începând cu stomacul, intestinul subțire și gros, nefiind însă cruțate nici ficatul, vezicula biliară și pancreasul. Nu întâmplător, în aceste perioade, la camerele de gardă ale spitalelor se înregistrează cele mai multe cazuri de suferințe digestive. Să le trecem în revistă pe cele mai frecvente.

Enterocolita acută

Enterocolita acută, asociată deseori și cu suferința stomacului (gastroenterocolita acută), este produsă de anumite bacterii (de obicei salmonele) transmise pe căi alimentare. Neplăcerea apare

mai ales atunci când aceste alimente (mai frecvent fructele crude, legumele bogate în celuloză, laptele, mâncărurile grase) sunt consumate în cantități excesive, iar secrețiile digestive sunt insuficiente cantitativ sau calitativ pentru a le digera. În plus, prin consumul excesiv de lichide, chiar secrețiile deja existente sunt diluate, devenind astfel aproape inactive.

Boala se manifestă prin dureri abdominale intermitente, sub formă de crampe, senzație de plenitudine gastrică și diaree.

Formele simple de gastroenterocolite se vindecă prin repaus la pat, aplicații calde pe abdomen și regim alimentar. În prima zi se poate consuma ceai de sunătoare, supă de legume, zeamă de orez. Din a doua zi, se introduc pastele făinoase cu brânză de vaci, iar din a treia zi se trece progresiv la regimul obișnuit, evitând câteva zile laptele și cruditățile. Cazurile mai grave necesită tratament medicamentos.

Rolul dietei în tratamentul enterocolitei acute (diareei)

Dacă boala deja s-a instalat, în prima zi regimul trebuie să fie bogat în lichide, în doze mici și repetate, cu adaos de sare și glucoză sau zahăr (2,5%). Regimul este format din ceai de sunătoare, supe de orez sau de zarzavat. Aceste lichide trebuie să compenseze ceea ce se pierde prin diaree și vărsături. Este necesar să fie evitate sucurile și fructele citrice, cafeaua și băuturile calde.

În ziua a doua se introduc în dietă pastele făinoase cu brânză de vaci, orez fiert, cartofi fierti și morcovi. Evitați mâncărurile grase, fructele cu pieleț sau cu semințe, salata verde, țelina, alunele.

De asemenea se exclud din alimentație: laptele, fasolea uscată, varza și alte legume cu multă celuloză, sosurile, prăjelile și alcoolul.

Din a treia zi se revine progresiv la alimentația normală, evitând două-trei săptămâni cruditățile și laptele.

Se poate utiliza, timp de una-două zile, dieta de mere (mere proaspete, date pe răzătoare).

Se mai pot consuma ceaiuri calde (de mentă, de mușetel) și apă de orez. În cazul unei diaree mai severe, mai ales la copii, este

necesară o rehidratare orală. Pentru aceasta, Organizația Mondială a Sănătății recomandă prepararea următorului amestec (care se poate face și acasă):

- ½ linguriță de sare de bucătărie
- 1 linguriță de bicarbonat de sodiu
- ½ linguriță de clorură de potasiu
- 3 linguri de zahăr

Toate acestea se amestecă într-un litru de apă fiartă. Din această soluție, copilul va bea 50 ml pe oră, iar dacă nu vomită, cantitatea se mărește la 100 ml pe oră. Administrarea acestei soluții va compensa, într-o anumită măsură, pierderile de lichide și săruri minerale prin diaree și vomă.

Dischinezia biliară

Dischineziile biliare sunt tulburări care apar în evacuarea bilei din vezicula biliară. Ele sunt favorizate de abateri de la regimul alimentar, prin consum exagerat de grăsimi, sosuri, ouă. Se manifestă prin dureri apărute după o masă copioasă, localizate în zona ficatului, asociate cu scaune diareice, grețuri, vărsături.

Este evident faptul că îndeosebi persoanele cu suferințe biliare trebuie să consume alimente ușor digerabile, neiritante, fără exces de condimente. Vor fi evitate acele alimente care suprasolicită vezicula biliară: prăjelile, grăsimile, ouăle, maioneza, prăjiturile cu ciocolată, alcoolul și cafeaua. La nevoie, un antispastic de tipul papaverinei sau scobutilului poate ameliora simptomele.

Rolul dietei în dischineziile biliare

Pentru stimularea evacuării bilei, se poate face o cură cu un ulei vegetal rafinat (ulei de măsline, de preferat). Dimineța, pe nemâncate, bolnavul ia trei linguri de ulei, după care va sta culcat pe partea dreaptă douăzeci de minute. Cura se face două săptămâni într-o lună, timp de trei luni consecutiv.

Bolnavul va consuma alimente care stimulează contracțiile veziculei biliare, cum sunt: untul, ouăle moi, smântâna, untdelemnul. Sunt relativ bine tolerate, de obicei, laptele și brânzeturile.

Se vor evita carnea, mai ales cea grasă, și fructele grase (nucile, migdalele, alunele).

Pancreatita acută

Pancreatitele acute sunt inflamații ale pancreasului. Ele sunt boli foarte grave, unele amenințând chiar viața. După litiaza biliară, a doua cauză ca frecvență, incriminată în producerea acestei boli, este consumul de alcool, prin efectul său toxic asupra pancreasului. De aceea, atenție câte pahare ciocniți la mesele festive!

Crizele de pancreatită acută se declanșează, de regulă, în plină sănătate, debutând brusc la obezi, marii gurmanzi, după un exces alimentar și alcoolic, prin dureri extrem de intense, localizate în partea de sus a abdomenului. Unii bolnavi au mai prezentat asemenea crize și în trecut, dar de o intensitate mai redusă și care au fost, de cele mai multe ori, neobservate. Tratamentul bolii este complex și se realizează numai la spital.

Pancreatita cronică

Pancreatitele cronice reprezintă o pierdere progresivă a funcționalității pancreasului, în urma unor episoade repetate de pancreatită acută, de intensitate redusă. Și în acest caz, consumul de alcool este factorul favorizant major. Practic, orice persoană care consumă zilnic o cantitate chiar redusă de alcool va face, în decurs de cinci-opt ani, pancreatită cronică.

Crizele dureroase, specifice acestei boli, sunt și ele precipitate de alcool, de prânzurile consistente și sunt însoțite de balonare, grețuri și vărsături. În asemenea situații este utilă corectarea deficitului de enzime pancreatice, la mese, cu diverse extracte concentrate de pancreas (Triferment, Festal, Zymogen).

Rolul dietei în pancreatita cronică

În perioada de criză bolnavul trebuie să postească, ingerând numai apă până la dispariția simptomelor majore. Aportul de lichide este esențial, deoarece bolnavul pierde o mare cantitate de lichide prin migrarea apei în organism, dintr-un spațiu într-altul, fără ca pierderile să fie evidențiate prin eliminări la exterior. După trecerea fazei acute, se recomandă o dietă ușoară (ceai, pâine prăjită, mucilagii), divizată în cinci prânzuri mici. Rația de grăsimi va fi diminuată la cel mult 25g/zi sub forma grăsimilor emulsionate, din cauza deficitului de enzime pancreatice.

De asemenea, trebuie evitați factorii care stimulează secreția gastrică și pancreatică (supraalimentație, alimente care conțin cofeină, condimentele, produsele care conțin oțet).

Aportul glucidic trebuie de asemenea redus, evitând toate produsele zaharoase, siropurile, prăjiturile și oricare alte deserturi. Fructele foarte dulci, ca strugurii, smochinele, curmalele, sunt alimente concentrate, care trebuie evitate un an de la începerea dietei, după care pot fi introduse progresiv.

Laptele poate induce hipoglicemie prin conținutul său de leucină. Cerealele rafinate, incluzând pâinea albă, macaroanele, orezul, trebuie înlocuite cu produse integrale.

Trebuie evitate, de asemenea, toate băuturile răcoritoare cu conținut ridicat de zahăr sau înlocuitori, utilizând în locul lor fructe proaspete.

Din cauza asocierii frecvente a pancreatitei cu hipertri-gliceridemia, privită în ansamblu, dieta trebuie să fie hiperproteică, cu o cantitate moderată de hidrați de carbon și hipolipidică.

Toate aceste situații neplăcute din punct de vedere digestiv au o **cauză** comună: excesul alimentar, stropit din abundență cu alcool, și au un **remediu** comun: cumpătarea. În mod practic, cei mai mulți dintre pacienții cu asemenea boli știu deja categoriile de alimente pe care organismul lor le agreează, precum și care sunt acele alimente față de care organismul protestează.

Stomacul de sărbătoare nu este o boală în sensul medical al cuvântului. El este doar un termen generic, menit a desemna că și atunci când îți este bine... îți poate fi rău. Și ce poate fi mai neplăcut decât să vezi bucuria de pe fața comensalilor, prin contrast cu suferința abdominală proprie.

Stă în puterea fiecăruia să aleagă conștient ce și cât să mănânce, ce și cât să bea, în așa fel încât *stomacul de sărbătoare* să se potrivească cu atmosfera de sărbătoare.

3.3. ULCERUL GASTRIC ȘI DUODENAL

Probabil că în nici un domeniu al medicinei, în ultimii ani, nu s-a produs o asemenea schimbare radicală, legată de teoria apariției unei boli, așa cum s-a produs în cazul ulcerului gastro-duodenal. Știm astăzi că cea mai comună cauză a ulcerului sau factorul care îl exacerbează în mod deosebit este infecția cu o bacterie numită *Helicobacter pylori*. Aceasta produce peste 80% dintre ulcerele gastrice și peste 95% dintre ulcerele duodenale.

Ce este ulcerul peptic?

Este forma cea mai comună a ulcerului gastro-duodenal. Stomacul, intestinul și glandele digestive produc acid clorhidric și o serie de enzime. Pe de altă parte însă, stomacul este capabil să se autoprotejeze. Ulcerul apare atunci când între sucurile digestive, care au rol în digestia alimentelor, și factorii care protejează peretele stomacului sau al duodenului (prima parte a intestinului subțire, care continuă stomacul) intervine un dezechilibru. *Helicobacter pylori* aderă de fața internă a stomacului și produce o serie de substanțe care distrug celulele. Rezultatul acțiunii este o inflamație care poate evolua spre ulceratie. Prin urmare, ulcerul peptic este o rană pe fața interioară a peretelui digestiv, care poate avea, în diametru, de la câțiva milimetri până la câțiva centimetri. De obicei, ulcerul duodenal este de trei ori mai frecvent decât ulcerul gastric. Mulți dintre cei infectați rămân fără simptome toată viața. Doar o

persoană din șase dezvoltă ulcer peptic și un număr foarte mic va face cancer gastric.

Ce rol au medicamentele antiinflamatoare nesteroidice în producerea ulcerului?

Aceste medicamente, de tipul diclofenacului, indometacinului, ibuprofenului, aspirinei etc., reprezintă a doua cauză în producerea ulcerului. Luate mult timp, ele determină la nivelul stomacului contracția și inflamația acestuia, prin producerea în exces a unor substanțe numite prostaglandine. Un studiu recent a demonstrat o incidență de 1-2% a ulcerului simptomatic la cei care au luat cel puțin șase luni un asemenea medicament. La cei sănătoși, administrarea pe termen scurt nu pare să producă efecte nedorite. La ulceroși însă, crește riscul sângerării la nivelul stomacului. Peste 50% dintre cei care se prezintă la medic pentru sângerare gastrică au luat antiinflamatoare în scop analgetic.

Care sunt simptomele ulcerului?

Aceste semne și simptome se suprapun într-o mare măsură celor întâlnite în gastrite.

- Senzația de arsură sau de durere care roade, situată la nivelul părții superioare a abdomenului, mai accentuată când stomacul este gol. Durerea poate dura minute sau chiar ore. Ea apare mai ales primăvara și toamna.
- Durerea se accentuează după consumul de alcool sau după alimente condimentate, bogate în grăsimi sau în fibre.
- Uneori pot apărea: balonare, grețuri sau chiar vărsături, râgâială excesivă, indigestii, pierdere în greutate, scaune închise la culoare, senzația de sațietate după consumul unor cantități mici de alimente.
- Apariția bruscă a unor simptome, cum ar fi durerea abdominală severă, vărsături cu sânge, de aspectul zățului de cafea, sau scaune negre, indică o complicație care poate fi ori perforația

ulcerului, ori sângerarea acestuia. În asemenea circumstanțe, prezentați-vă de urgență la spital (nu la medicul de familie!).

- Alte două complicații redutabile ale ulcerului sunt stenoza (care apare la un ulcer vechi, ce a evoluat în timp și a strâmtorat lumenul stomacului) și malignizarea (transformarea canceroasă a unui ulcer situat de obicei la nivelul stomacului). Ambele situații necesită rezolvare chirurgicală.

Diagnosticul bolii ulceroase

Infecția cu *Helicobacter pylori* se poate identifica ușor printr-un test făcut din sânge sau din biopsia mucoasei stomacului. Evidențierea ulcerului se face prin examinare endoscopică și, mai rar astăzi, prin examinare radiologică cu bariu. Din orice zonă ulceroasă depistată se recoltează un mic fragment (biopsie) care ulterior se examinează microscopic.

Care este tratamentul ulcerului peptic?

Este destul de dificil a trata *Helicobacter pylori*. Terapia cu două antibiotice combinate (claritromicină cu metronidazol sau amoxicilină), administrate împreună cu un preparat pe bază de bismut (De-Nol) sau un inhibitor al pompei protonice (Omeprazol) timp de zece-paisprezece zile, asigură o rată de vindecare de până la 90%. Din păcate, există însă și rezistență la antibiotice, precum și recăderi.

În situația în care există o complicație severă (perforație, sângerare), tratamentul este mult mai complex și se face în condiții de internare la spital. Perforația este o urgență chirurgicală, care impune operația în cel mai scurt timp.

În cazul ulcerului apărut după consumul de antiinflamatoare nesteroidice, primul pas este întreruperea tratamentului. Apoi se continuă cu medicamente care inhibă secreția gastrică: omeprazol, de preferință, sau blocați de H₂: cimetidină, famotidină etc.

Regimul alimentar are o importanță covârșitoare.

Recomandări generale

- Evitați aspirina și antiinflamatoarele nesteroidice (îndeosebi ibuprofenul). Nu le consumați decât dacă este absolut necesar, iar atunci, numai după ce mâncați.
- Dacă v-ați depistat infecția cu *Helicobacter pylori*, începeți tratamentul cu antibiotice, iar la 3-4 săptămâni de la sfârșitul curei, repetați testul.
- Evitați alimentele bogate în grăsimi sau cele foarte condimentate, mai ales atunci când ulcerul este într-o perioadă activă.
- Nu luați preparate cu fier pentru a vă corecta anemia, fără să aveți acordul medicului.
- Protejați-vă de stresul excesiv.
- Beți multă apă, pentru a vă dilua secrețiile gastrice.
- Evitați să beți prea mult lapte! Chiar dacă, pentru scurt timp, reduce aciditatea stomacului, ulterior acesta va secreta mai mult acid.
- Nu consumați alcool și nu fumați.

Rolul dietei în ulcerul gastric și duodenal

Regimul dietetic în această boală are o importanță deosebită. Trebuie diferențiat însă regimul recomandat în faza de criză a bolii ulceroase de cel administrat în perioada de liniște a ulcerului.

Criza ulceroasă poate fi precipitată de mesele neregulate, abundente, luate în condiții de tensiune nervoasă, de consumul de alcool, cafea, condimente sau de prânzuri bogate în grăsimi prăjite. În asemenea situație de acutizare a ulcerului, dieta trebuie să elimine sau să reducă alimentele cu volum crescut și cu structură chimică inadecvată, pentru a evita stimularea suplimentară a secreției gastrice și iritarea mucoasei gastrice (supe de carne sau de oase, grăsimi prăjite, rântășuri, condimente, alcool). De asemenea, vor fi evitate alimentele prea calde sau prea reci.

În criza dureroasă se vor alege alimente cu o capacitate cât mai mare de neutralizare. Până nu de mult, se recomanda consumarea laptelui dulce din două în două ore ziua și din patru în patru ore noaptea, pentru că neutralizarea produsă de acesta ține cam o oră.

Pe măsură ce durerile cedau, se introduceau supe strecurate cu orez, fulgi de ovăz, ouă fierte moi, piure de legume, brânză de vaci.

Astăzi însă efectul benefic al laptelui în criza ulceroasă este contestat și dietele lactate nu se mai folosesc și se consideră că pot chiar înrăutăți boala. Chiar dacă la început produce neutralizarea dorită a acidului din stomac, se pare că ulterior se produce o secreție mult crescută de acid, prin anumite mecanisme hormonale. La fel și mesele dese, care, prin prezența alimentelor în stomac, stimulează secreția gastrică, vor avea efectul nedorit de stimulare a acidității.

Oricum, dieta în perioada acută rămâne una de cruțare. Ea se va continua în primele două-trei săptămâni cu supă din cereale sau de zarzavat, pâine uscată (nu prăjită), cartofi (piure sau copti), paste făinoase, preparate din aluat fiert, compot.

Varza și alte câteva legume verzi conțin un factor antiulceros, numit „vitamina U”, care favorizează vindecarea eroziunilor mucoasei gastrice sau duodenale. Folosirea sucului de varză se pare că grăbește vindecarea ulcerului. Pentru o asemenea cură, varza va fi stoarsă proaspătă, deci nefiartă, pentru a nu-i distruge factorii activi. Se poate combina în raport de 3/1 cu suc de țelină la cei care nu suportă varza singură. Și țelina conține același factor protectiv. Pentru un litru de suc sunt necesare 2,5 kg de varză proaspătă, verde. Varza murată sau ținută la temperatura camerei, ca și sucul de altfel, în două-trei zile își pierde calitatea. Păstrat la frigider, sucul își menține calitatea trei săptămâni. El va fi consumat câte 200 ml de patru-cinci ori pe zi. La începutul tratamentului pot apărea balonări, dureri abdominale, constipație, dar după trei-cinci zile de tratament, de obicei aceste tulburări dispar. Dacă persistă, se poate întrerupe o zi tratamentul, apoi se încearcă reluarea lui.

Un efect alcalin, deci benefic, asupra activității gastrice au și cartofii, care pot neutraliza aciditatea gastrică, având în plus și un bogat conținut în vitamina C.

Migdalele uscate, dulci, bine mestecate, reduc aciditatea sucului gastric, scăzând producerea de acid. La fel și măslinile coapte (nu și cele conservate în oțet), care pot fi folosite în cantitate de patrușase la o masă.

Este de remarcat asocierea dintre prezența ulcerului și hipoglicemie (scăderea nivelului zahărului în sânge) și de aceea, la bolnavii diabetici mai ales, care folosesc medicamente hipoglicemizante, echilibrul trebuie să fie menținut constant. Pe de altă parte, și aportul crescut de zahăr (sub diferite forme) poate stimula creșterea secreției gastrice de acid cu până la 20%.

În perioada de liniște a ulcerului, bolnavul poate consuma ceai, brânză de vaci, fulgi de ovăz, orez, fidea, tăieței, griș, spaghete, ouă fierte moi, pâine (dar nu proaspătă, ci veche de o zi), supe mucilaginoase, de cartofi, de legume, prăjituri de casă, biscuiți. Dintre legume, sunt indicate: conopida, cartofii, dovleceii, morcovii sub formă de piure, sote, fierturi, sufleuri, budinci.

Se vor evita prăjelile și rântășurile. Sunt contraindicate zarzavaturile crude, tari (castraveții, ridichile, gogoșarii), maioneza, ouăle tari, murăturile și condimentele. Cafeaua și băuturile cu conținut de cafeină stimulează secreția gastrică și nu trebuie folosite.

3.4. ARSURILE RETROSTERNALE

Refluxul gastro-esofagian este o iritație a esofagului, determinată de secrețiile acide ale stomacului care refluează din acesta în porțiunea inferioară a esofagului. Atunci când înghițim, alimentele trec în jos, la nivelul gâtului, străbat esofagul (un canal muscular, care face legătura între cavitatea bucală și stomac) și ajung astfel în stomac. În condiții normale, la intrarea în stomac există o valvă musculară, numită sfincter esofagian inferior, care deschide

alimentelor accesul spre stomac, dar și eliminarea gazelor prin bine-cunoscuta râgâială. În condiții de repaus alimentar, această valvă rămâne însă închisă.

O dată ce alimentele ajung în stomac, acesta începe să secrete o serie de substanțe, îndeosebi acide, care au rol major în digestia gastrică. Dacă valva menționată rămâne deschisă în acest moment sau dacă nu se închide bine, acidul din stomac refluează sau se prelinge în sus, spre esofag, pe care îl va irita și va produce astfel senzația de arsură situată retrosternal (în spatele sternului).

O organizație medicală de prestigiu, specializată în studii acestei boli (International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders), raportează faptul că o persoană din douăzeci prezintă cel puțin o dată pe săptămână arsuri retrosternale. Incidența este deci destul de mare, dar, în ciuda stării de disconfort produsă, pentru cei mai mulți, aceasta nu reprezintă o problemă medicală serioasă. Problema devine serioasă în măsura în care simptomele se repetă și sunt persistente, acestea conducând la așa-numita esofagită peptică, o boală care, netratată, poate duce la numeroase complicații. Severitatea acestui reflux depinde de gradul de disfuncție a sfincterului esofagian inferior, precum și de tipul și volumul de lichide care refluează din stomac în esofag.

Persoanele cu simptome frecvente, care nu se ameliorează în urma modificărilor de dietă și de obiceiuri alimentare încercate, au nevoie de o evaluare diagnostică mai complexă, și anume de efectuarea unei endoscopii digestive superioare, asociată și cu determinarea de pH a secrețiilor (pentru măsurarea gradului de aciditate).

Obiectivul tratamentului este acela de a reduce volumul de lichid gastric refluat și de a-i modifica gradul de aciditate, astfel încât să fie cât mai puțin agresiv pentru mucoasa esofagiană. Rareori este necesar tratamentul chirurgical.

Cauze ale arsurilor retrosternale

Anumite stiluri de viață și unii factori alimentari și de dietă pot contribui la apariția arsurilor retrosternale prin relaxarea sfincterului, prin creșterea presiunii din stomac, situație care se va răsfrânge către supapă, forțându-i deschiderea, și prin modificarea esofagului, care devine mai sensibil la sucurile gastrice.

Principalii factori cu implicații directe în producerea arsurilor retrosternale sunt:

- obiceiurile alimentare;
- consumul de cantități mari de alimente la o masă;
- consumul exagerat al unor anumite alimente, cum ar fi: ceapa, ciocolata, produse care conțin mentă, alimente bogate în grăsimi sau foarte condimentate, citricele, usturoiul, roșiile și produsele bazate pe roșii;
- consumul anumitor băuturi: sucurile din citrice, alcoolul, băuturile cu cofeină și cele carbonatate;
- mâncarea imediat înaintea culcării;
- greutatea corporală mai mare;
- fumatul;
- purtarea de haine sau de curea (centură) prea strânse;
- dormitul cu capul prea jos;
- stresul;
- sarcina;
- anumite cauze medicale, cum ar fi, de exemplu, hernia hiatală, situație în care o parte a stomacului intră în cavitatea toracică.

Ce putem face?

Dacă aceste simptome se repetă și durează mai mult timp, puteți încerca următoarele remedii simple:

- Nu mergeți la culcare cu stomacul plin! Mâncați ultima masă de seară cu cel puțin două-trei ore înainte de a merge la culcare,

pentru a da timp stomacului să-și dilueze secrețiile prin amestecul cu alimentele ingerate.

- Nu mâncați prea mult deodată! Scădeți mărimea porțiilor și, dacă este neapărat necesar (deși nu este!), decât să mâncați trei porții mari pe zi, mai bine mâncați patru-cinci porții mai mici.
- Mâncați încet! Nu vă grăbiți! Încercați să puneți furculița jos între două îmbucături!
- Purtați haine largi, care să nu strângă abdomenul!
- Evitați alimentele care au fost enumerate mai sus și care favorizează apariția arsurilor retrosternale.
- Dacă sunteți supraponderal, încercați să mai scăpați de kilogramele în plus pe care le aveți! Pierderea în greutate ameliorează simptomele.
- Nu mai fumați! Nicotina, una dintre componentele cele mai importante ale țigărilor, slăbește tonusul muscular al sfincterului esofagian și favorizează astfel refluxul.
- Nu consumați alcool! Dacă doriți o cale de ieșire din stresul zilnic, încercați mai bine exercițiul fizic, mersul pe jos, lectura etc.
- Consumați lichide calde, de exemplu ceaiuri, atunci când simțiți nevoia de a bea ceva.
- Țineți o evidență a alimentelor, a băuturilor și a obiceiurilor alimentare pe care le-ați identificat ca fiind legate de apariția simptomelor. Ulterior, încercați să le evitați!
- Ridicați capul patului în care dormiți, astfel încât capul și toracele să fie mai ridicate decât picioarele. Nu folosiți însă pernele pentru acest lucru, pentru că nu veți face altceva decât să creați un unghi între cap și torace care va crește presiunea intraabdominală și astfel situația va fi și mai rea.
- Dacă arsurile apar după anumite activități fizice pe care le faceți, lăsați să treacă două ore de la servirea mesei până la efectuarea

acestora. Dacă vă apucați imediat de lucru, este posibil ca simptomele să reapară.

- Beți suficientă apă! Beți din belșug apă atât în timpul activităților fizice, cât și după acestea. Apa ajută digestia și previne deshidratarea.

De cele mai multe ori, doar aceste sugestii simple pot ameliora semnificativ simptomele bolii. Vă dorim succes!

3.5. SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL

Sindromul de intestin iritabil (SII) este o afecțiune a intestinului gros și subțire, caracterizată prin dureri abdominale sub formă de crampe. La această durere se mai pot adăuga balonarea, senzația că nu ai golit complet intestinele după eliminarea fecalelor, precum și scaunul cu mucus. Pot apărea modificări ale tranzitului, cum ar fi constipația sau diareea, deseori acestea alternând.

SII este o problemă funcțională a intestinelor. Aceasta înseamnă că funcționarea tractului digestiv este afectată, dar nu există nici o modificare (inflamație, tumoră) în structura fizică a intestinului. Simptomele SII se pare că sunt legate de contracțiile musculare anormale în diferite părți ale intestinului. SII este una dintre cele mai comune afecțiuni intestinale. La cei mai mulți oameni simptomele sunt așa de ușoare, încât ei nici nu se duc la medic pentru acestea. Totuși există și unii care au simptome mai deranjante, în special crampe abdominale, balonări și diaree, motive pentru care o consultație medicală este necesară.

Factori care cresc riscul

SII este mai des întâlnit la:

- Persoanele mai tinere de 35 de ani – cel puțin jumătate din cei care au SII dezvoltă simptomele înainte de vârsta de 35 de ani. Dacă primul atac apare după vârsta de 40-50 de ani, este posibil ca simptomele să nu fie cauzate de SII. Boala nu apare decât foarte rar la cei peste 60 de ani.

- Femei – în SUA, cele mai multe persoane care merg la medic pentru SII sunt femeile. Dar în alte țări se întâmplă să fie bărbații. Această diferență are mai mult de-a face cu diferențele culturale sau cu factorii sociali decât cu diferențele reale dintre numărul de bărbați și femei.
- Persoanele care au probleme cu stresul.
- Persoanele care au în familie rude cu SII.
- Persoane care au avut traume psihologice.

Tratament

SII este o afecțiune cronică, dar care se poate trata. Implicarea activă a persoanei în tratament este foarte importantă. Tratamentul va fi adaptat pentru a se potrivi nevoilor fiecăruia. Nu este un singur tratament valabil pentru toată lumea. La unii pacienți cu SII, anumite mâncăruri pot cauza simptomele. Eliminarea unor alimente sau adăugarea de fibre în dietă pot ușura sau preveni unele simptome.

Dacă stresul este o cauză, unele forme de terapie psihologică sau management al stresului pot ajuta să faci față stresului și pot preveni și reduce episoadele SII legate de stres. Exercițiul fizic regulat (înot, jogging, plimbare vioaie) poate reduce tensiunea și poate regla activitatea intestinelor.

Medicația este rezervată pentru tratarea simptomelor care nu pot fi schimbate prin dietă și un nou stil de viață.

Modificările în dietă

La mulți bolnavi care au SII, un anumit tip de dietă poate provoca simptomele. Sunt câteva sugestii legate de mâncare care pot ajuta la reducerea simptomelor care apar după masă. Nu există însă un anumit tip de mâncare vizat. Dacă știți că anumite alimente – cum sunt fasolea, produsele din lapte, băuturile cu cofeină – vă provoacă simptomele, ar trebui să renunțați la ele.

Managementul stresului

Dacă stresul vă provoacă simptomele, puteți evita unele episoade de SII legate de stres, dacă:

- Țineți un jurnal al simptomelor și al evenimentelor legate de acele momente. Aceasta poate ajuta la clarificarea legăturii dintre simptome și ocaziile stresante. O dată ce ați identificat evenimentele sau situațiile care activează simptomele, puteți încerca să reduceți stresul în aceste situații.
- Faceți exerciții fizice regulate și energice, pentru a reduce tensiunea nervoasă.

3.6. CANCERUL GASTRIC

Cancerul de stomac, denumit și cancer gastric, este o boală în care celulele canceroase (maligne) se află în pereții stomacului.

Stomacul este un organ ce are forma literei J și se află în abdomenul superior, unde mâncarea este digerată. Mâncarea ajunge în stomac printr-un tub numit esofag, care face legătura între gură și stomac. După ce iese din stomac, mâncarea digerată parțial trece în intestinul subțire și apoi în intestinul gros, numit colon.

Factori de risc în cancerul gastric

Riscul de a face cancer de stomac este mai mare dacă:

- pacientul a avut o infecție a stomacului cauzată de *Helicobacter pylori*;
- pacientul este vârstnic, de sex bărbătesc, fumează ori are o dietă bogată în alimente uscate și sărate.

Alți factori care cresc riscul de a face cancer gastric sunt: o afecțiune numită gastrită atrofică sau boala lui Menetrier, anumite tipuri de anemie severă sau o afecțiune ereditară a intestinului gros, manifestată prin prezența unor polipi.

Diagnosticul cancerului gastric

Câteodată, cancerul poate fi în stomac o perioadă destul de lungă de timp și poate crește foarte mare înainte să cauzeze simptome.

În fazele timpurii ale cancerului de stomac, pacientul poate avea:

- indigestii,
- disconfort stomacal,
- senzații de balonare după masă,
- ușoară greață,
- lipsa apetitului,
- arsuri retrosternale.

În fazele mai avansate de cancer, pacientul poate avea:

- sânge în scaun,
- stări de vomă,
- pierdere în greutate,
- dureri de stomac.

Dacă sunt asemenea simptome, medicul va cere radiografiile ale tractului gastrointestinal superior. Pentru aceasta, pacientul bea un lichid ce conține bariu, ceea ce face posibilă vizualizarea stomacului la raze X. Acest test se realizează de obicei la secția de radiologie.

Medicul mai poate vizualiza stomacul cu ajutorul unui tub subțire – gastroscop. Procedura se numește gastroscopie și depistează majoritatea cazurilor de cancer de stomac. Gastroscopul este introdus în gură și ghidat în stomac. Medicul poate folosi un spray anestezic local, în gât, sau alte medicamente înainte de test, pentru a nu simți durere.

Dacă se observă țesuturi care nu sunt normale, se va extirpa o bucată, pentru a o examina la microscop și pentru a depista eventualele celule canceroase. Biopsia este de obicei făcută în timpul gastroscopiei.

Șansa de refacere și de tratament depinde de faza cancerului – dacă este doar în stomac sau este deja răspândit –, precum și de starea generală de sănătate a pacientului.

Cum se tratează cancerul gastric?

Există tratament pentru majoritatea pacienților cu cancer de stomac. Se folosesc două tipuri de tratament:

- chirurgical – scoaterea cancerului împreună cu o parte a stomacului sau acesta în întregime, prin operație;
- chimioterapie – folosirea medicamentelor care distrug celulele canceroase.

Operația este cel mai comun tratament în toate cazurile de cancer de stomac. Medicul poate îndepărta cancerul folosind una dintre metodele următoare:

- Gastrectomie parțială, prin care scoate partea de stomac cu cancer și țesuturile învecinate. Nodulii limfatici din apropiere sunt de asemenea îndepărtați.
- Gastrectomia totală înseamnă scoaterea întregului stomac și a unor părți din esofag, intestinul subțire și alte țesuturi din apropierea tumorii. Splina este scoasă în unele cazuri. Nodulii limfatici din apropiere sunt de asemenea scoși prin disecția nodulilor limfatici.

Esofagul este apoi reconectat cu intestinul subțire, așa că pacientul poate continua să înghită și să mănânce.

Dacă doar o parte din stomac este scoasă, pacientul ar trebui să poată mânca destul de normal. Frecvent, este nevoie de mese mici, precum și de alimente sărace în zahăr și bogate în grăsimi și proteine. Majoritatea pacienților se pot adapta la acest nou mod de alimentare.

Chimioterapia folosește medicamente capabile să distrugă celulele canceroase. Se poate face de regulă prin injecții intravenoase sau intramusculare. Chimioterapia este numită

tratament sistemic deoarece medicamentele intră în fluxul sanguin, trec prin corp și distrug celulele canceroase și din afara stomacului.

Tratamentul dat după operație, când nu se mai găsesc celule canceroase la nivel local, se numește terapie adjuvantă.

Terapia cu radiații folosește raze X puternice, pentru a distruge celulele canceroase și pentru a micșora tumora. Radiațiile pot proveni dintr-un aparat din afara corpului – terapie externă – sau printr-un tub subțire, ce conține radioizotopi (materiale ce produc radiații), introdus în zona în care se află celule canceroase – terapie internă.

Terapia biologică încearcă să determine organismul să lupte cu cancerul. Se folosesc substanțe produse de organism sau în laborator, pentru a reface capacitatea de apărare a corpului împotriva bolilor. Terapia biologică se mai numește și imunoterapie.

Tratamentul cancerului de stomac depinde de faza bolii, de partea din stomac afectată și de starea generală de sănătate a pacientului.

Tratamentul standard poate fi aplicat datorită eficacității sale demonstrate. Dar, de cele mai multe ori, el este însoțit de mai multe efecte secundare.

3.7. CANCERUL COLO-RECTAL

În fiecare an, în SUA, mai mult de 130.000 de oameni descoperă că au cancer de colon (de intestin gros) și mai mult de 46.000 de oameni mor din această cauză. Totuși, dacă această boală este descoperită precoce, poate fi tratată și chiar vindecată.

Pentru a înțelege cancerul de colon, este necesar să înțelegem ce părți ale corpului sunt afectate și cum funcționează ele.

Colonul și rectul – anatomie

Colonul este un tub muscular, lung de 1,5 m, care conectează intestinul subțire și rectul. Colonul se mai numește și intestin gros. El este un organ specializat, responsabil cu procesarea deșeurilor care rezultă din digestia alimentelor, ajutând astfel ca golirea

intestinelor să fie ușoară și realizată la timp. Când colonul se umple cu fecale, își golește conținutul în rect și începe procesul eliminării.

Rectul este o cameră de 25-30 cm care conectează colonul de anus. Rectul primește fecale de la colon și ne informează că trebuie evacuate, reținându-le până când acest lucru este posibil.

Ce este cancerul colo-rectal?

Cancerul care începe în colon se numește cancer de colon, iar cancerul care începe în rect se numește cancer de rect. Cancerul care afectează ambele organe se numește cancer colo-rectal. Cancerul colo-rectal apare când anumite celule din interiorul colonului sau rectului devin anormale sau încep să crească într-un ritm exagerat. Creșterea anormală a celulelor creează o tumoră care este, de fapt, boala canceroasă manifestă.

Din nefericire, cancerul de colon poate exista o bună perioadă de timp fără să aibă simptome. De aceea, este foarte important să faceți controale regulate, pentru a detecta problemele de timpuriu. Totuși, nu toate tipurile de cancer colo-rectal sunt fără simptome. Un simptom timpuriu ar putea fi sângerarea. Adesea, tumorile sângerează ușor, dar în cantități mici și invizibile cu ochiul liber, sânge care se poate detecta doar în cazul unei analize speciale a scaunului. Când tumora este mai mare, pot apărea și alte simptome, cum ar fi:

- Constipația sau diareea, alternanța acestora, care pot fi un semn de cancer colo-rectal.
- Sânge pe suprafața sau în interiorul fecalelor. Este un semn important, dar nu decisiv pentru diagnostic, pentru că numeroase alte probleme medicale de la acest nivel (de exemplu, hemoroizii, ulceratiile, colita ulceroasă, boala lui Crohn etc.) pot cauza sângerare în tractul digestiv. Fierul și unele mâncăruri, cum ar fi sfecla, pot da scaunului un aspect roșu sau negru, indicând greșit sânge în scaun. De aceea medicul trebuie să facă niște analize și să diferențieze exact cauza.

- Anemia inexplicabilă – anemia este o lipsă de globule roșii din sânge, celule care transportă oxigen în tot corpul. Dacă ești anemic, te vei simți obosit tot timpul, iar odihna nu te va face să te simți mai bine.
- Dureri stomacale neobișnuite.
- Pierdere în greutate inexplicabilă, într-o perioadă de timp destul de scurtă.
- Stare de oboseală permanentă (cauzată nu numai de anemie, ci și de boala canceroasă).
- Stări de vomă.

Dacă observați oricare dintre aceste simptome, este important să faceți un control la medic, pentru a stabili care este cauza. Pentru un pacient cu cancer colo-rectal, diagnosticul timpuriu și tratarea acestuia pot fi salvatoare. Vizitele regulate la medic pot fi cea mai bună cale de prevenire a cancerului colo-rectal. Detectarea timpurie a oricărei celule anormale permite stabilirea unui tratament și vindecarea devine posibilă.

Conform recomandărilor Societății Americane a Cancerului, atât femeile, cât și bărbații ar trebui să facă regulat următoarele examinări periodice:

- Un examen rectal digital (tușeu rectal) după vârsta de 50 de ani. În timpul acestei examinări, medicul introduce un deget înmănușat în rect și simte eventualele anormalități din prostată și rect.
- Analiza materiilor fecale, în vederea depistării unei sângerări oculte (invizibile cu ochiul liber), să se facă anual după vârsta de 50 de ani. Acesta este un test simplu, care va depista sângele din scaun.
- Recto-sigmoidoscopia să se facă o dată la 3-5 ani după vârsta de 50 de ani. Acest test examinează porțiunile din intestinul gros denumite rect și colon sigmoid. Este folosit un instrument special, de care este atașată o micuță cameră video.

Din cele trei opțiuni de mai sus, Societatea Americană a Cancerului recomandă testul anual al sângelui din scaun, împreună cu sigmoidoscopia, o dată la 5 ani.

- Colonoscopia făcută o dată la 10 ani după vârsta de 50 de ani. Este o procedură în care se folosește un instrument lung, flexibil, cu un diametru de aprox. 1,5-2 cm, care se introduce în rect și apoi în colon, pentru a vedea rectul și întregul colon.
- Irigografia cu bariu este o examinare radiologică, ce este bine să fie făcută o dată la 5-10 ani, după vârsta de 50 de ani. În timpul acestei proceduri se face o clismă cu o substanță care conține bariu și apoi este suflat aer în interior, pentru a răspândi bariumul pe tot colonul, producând o imagine a colonului la radiografie. Aceasta arată eventualele neregularități ale colonului, cum ar fi, de exemplu, un polip sau o tumoră.

Dintre toate aceste metode, colonoscopia este cea mai sigură, pentru că dă o imagine globală a întregului intestin gros și oferă posibilitatea tratării pe această cale a unor eventuali polipi găsiți la acest nivel.

Există persoane care au un risc crescut de cancer colo-rectal. Acestea sunt îndeosebi persoanele care au unul sau mai mulți polipi în colon sau în rect. La aceștia, examinările periodice trebuie făcute după o altă schemă:

- Colonoscopia (examinarea totală a colonului) la 3 ani după îndepărtarea polipului; dacă este totul normal, repetați la fiecare 5 ani.
- Monitorizarea celor care au avut în familie (rude de gradul unu: părinți, copii) cazuri de cancer colo-rectal sau polipi trebuie făcută de timpuriu. Monitorizarea trebuie să înceapă la 40 de ani sau cu 10 ani mai devreme decât cea mai tânără persoană diagnosticată cu cancer sau cu polipi din familie. De exemplu, dacă ai un frate care a fost diagnosticat la vârsta de 42 de ani, ar trebui să începi monitorizarea la 32 de ani.

În vederea monitorizării, este recomandată colonoscopia la fiecare 5 ani.

- Cei care au în familie rude care au avut sau au polipi adenomatoși trebuie să înceapă controlul endoscopic din timpul pubertății și să-și facă endoscopia o dată la 1-2 ani.
- Cei care au în familie cazuri de cancer de colon, dar fără polipi, trebuie să facă prima colonoscopie la 21 de ani, la fiecare 2 ani până la vârsta de 40 de ani, apoi în fiecare an.
- Cei cu boli inflamatorii cronice intestinale trebuie să facă o colonoscopie cu biopsie la 8 ani după diagnosticul bolii inflamatorii, apoi repetată la 1-2 ani.

Tratamentul cancerului de colon

Tratamentul cancerului de colon poate include una dintre următoarele posibilități, singură sau în combinație: chirurgie, chimioterapie, radioterapie. Ca și în alte tipuri de cancer, tratamentul presupune munca unei întregi echipe, formate din unul sau mai mulți medici specialiști: chirurg, gastroenterolog (cel care tratează boli ale sistemului digestiv), oncolog (cel care tratează cancerul cu medicamente – chimioterapie – sau cu radiații). Fiecare dintre acești specialiști își pune cunoștințele în slujba tratării cancerului.

3.8. HEPATITELE VIRALE

3.8.1. HEPATITA VIRALĂ DE TIP A

Hepatita virală este o infecție virală a ficatului, care face ca acesta să se mărească și îl împiedică să lucreze corect și eficient. Ai nevoie de un ficat sănătos. Ficatul face multe lucruri pentru a te ține în viață:

- luptă împotriva infecțiilor și oprește sângerarea;
- înlătură substanțele toxice și alte otrăvuri din sânge;

- înmagazinează energie pentru momentul când vei avea nevoie.

Cei mai mulți oameni au auzit de diferitele tipuri de hepatită cauzate de virusuri, cum sunt hepatita de tip A, cea de tip B sau cea de tip C. Astăzi se cunosc deja încă multe alte tipuri virale. Trebuie știut însă că hepatita are și alte cauze, de obicei toxice, în apariția ei fiind implicate inclusiv unele medicamente, folosirea alcoolului pentru mult timp și expunerea la diferite chimicale industriale. Hepatita virală se poate lua de la o persoană la alta, dar celelalte tipuri, nu.

Ce cauzează hepatita virală de tip A?

Hepatita A este cauzată de un virus numit virusul hepatitei A. Un virus este un microorganism care cauzează o anume boală, printr-o infecție la nivelul unui organ în care se localizează. Alteori infecția se generalizează. (De exemplu, gripa este cauzată de un virus.) Oamenii pot să transmită virusurile de la unii la alții.

Cum pot să iau hepatita A?

Hepatita A se ia prin contact cu cineva care are infecția. Poți lua hepatita A dacă mănânci ceva pregătit de o persoană cu hepatită A sau dacă bei apă care a fost contaminată prin contactul cu această persoană.

Cine poate lua hepatita A?

Oricine! Dar unele persoane sunt mai predispuse decât altele:

- persoanele care trăiesc împreună cu cineva care are hepatită A;
- persoanele care lucrează în centre de îngrijire, spitale de boli contagioase;
- persoanele care călătoresc în zone unde hepatita A este foarte frecventă din cauza precarității condițiilor de igienă.

Care sunt simptomele bolii?

Hepatita A are, de multe ori, simptome asemănătoare gripei:

- senzație de oboseală,
- stare de rău de la stomac,
- febră,
- lipsa poftei de mâncare,
- diaree,
- urină de culoare galben-închis,
- fecale deschise la culoare,
- sclerele ochilor și pielea de culoare galbenă,
- mâncărima pielii.

Este posibil însă ca unele persoane să nu aibă nici unul dintre simptome sau să fie atât de ușoare, încât să nu fie băgate în seamă. Aceste persoane sunt cele mai periculoase din punctul de vedere al contagiozității.

Cum se tratează hepatita A?

Mulți oameni care au hepatită de tip A se fac bine singuri, în câteva săptămâni. Vindecarea este spontană, fără nici un tratament special, în cele mai multe cazuri. Este recomandată doar odihna, evitarea alcoolului și un regim simplu, de cruțare a ficatului. Medicamentele care se iau sunt doar simptomatice (vitamine, hepatoprotectoare).

Cum ne putem proteja de această boală?

Măsurile care trebuie luate sunt foarte simple:

- Spălați-vă întotdeauna mâinile după folosirea toaletei și înainte de masă.
- Beți doar apă îmbuteliată, dacă sunteți într-o altă țară, unde nu cunoașteți calitățile apei de la robinet.

- Nu intrați în contact cu persoane bolnave, aflate în prima parte de evoluție a bolii. Se consideră că apariția icterului (a îngălbenirii pielii) coincide, în mare, cu dispariția contagiozității.
- Interesați-vă și luați în considerație posibilitatea de a vă vaccina împotriva hepatitei A. Un vaccin este un medicament pe care îl iei când ești sănătos, pentru a nu te îmbolnăvi. Vaccinul îți învață corpul să atace anumiți viruși, ca cel al hepatitei A. Copiii pot fi vaccinați după ce împlinesc 2 ani și se dă o singură injecție. Copiii între 2 și 18 ani au nevoie de trei injecții. Acestea își pierd efectul după un an. Adulții primesc două-trei injecții după 6-12 luni. Este o cale eficientă de a fi protejat.

3.8.2. HEPATITA VIRALĂ DE TIP B

Hepatita virală de tip B este și ea, ca și hepatita virală de tip A, o boală inflamatorie a ficatului, dar mult mai gravă prin capacitatea ei de cronicizare. Infecția cu virusul hepatitei B poate fi diagnosticată făcând anumite teste speciale din sânge.

Virusul hepatitei B se ia de la o persoană la alta prin lichide corporale, inclusiv sânge, lichid seminal (din spermă) și fluide vaginale (inclusiv sânge menstrual). Virusul poate fi transmis de o mamă copilului în timpul sarcinii. Cei mai mulți oameni fac infecția cu virus de tip B în timpul adolescenței sau la maturitate.

Infecția acută se vindecă de obicei singură, fără tratament. Unii bolnavi nu au nici un simptom. Mulți dintre cei cu simptome se simt bine în 2-3 săptămâni și își revin complet după 4-8 săptămâni. La alții, recuperarea ia mai mult timp, dar în final se realizează. Infecțiile cronice apar când virusul hepatitei B continuă să fie prezent în ficat și sânge pentru 6 luni sau mai mult. Infecția cronică poate duce la afecțiuni serioase, cum sunt ciroza și cancerul de ficat.

Infecția cronică se dezvoltă în până la 90% din copiii infectați la naștere, în 30% din copiii infectați între 1 și 5 ani și în

aproximativ 6% din cei infectați după vârsta de 5 ani. Două medicamente sunt folosite pentru a trata hepatita de tip B cronicizată: interferon alfa-2b (fiole injectabile) și lamivudină (tablete). Fiecare medicament are avantaje și dezavantaje. Fiecare este eficient pe termen lung la mai puțin de jumătate dintre pacienții care le iau. Specialiștii prescriu lamivudină mai degrabă decât interferon, pentru că este mai ieftin și nu are aproape nici un efect secundar, dar de cele mai multe ori tratamentul este combinat.

Vaccinarea poate preveni infecția cu hepatita B; vaccinul are o eficacitate de 95%. Deși vaccinul nu este folosit pe scară largă printre adulți, cei cu risc la infecție ar trebui vaccinați.

Prevenire

Te poți proteja de infecția cu virusul hepatitei B evitând contactul cu fluidele corporale ale unei persoane ale cărei sănătate și istorie sexuală nu le cunoști. Pentru a preveni infecția:

- Evită relațiile sexuale cu persoane necunoscute.
- Folosește prezervativul în caz de orice dubiu privitor la starea de sănătate a partenerului.
- Nu împrumuta ace, seringi folosite sau chiar numai desfăcute din ambalajul original.
- Poartă mănuși de latex sau cauciuc, dacă trebuie să atingi sânge.
- Nu împrumuta periuța de dinți sau lamele de ras.
- Nu accepta, la coafură, manichiură, frizerie, utilizarea forfecuțelor, a briciului etc. de care nu ești sigur că au fost sterilizate (nu doar spălate!).
- Vaccinul împotriva hepatitei B este cea mai eficientă cale de prevenire a infecției cu acest virus. Vaccinul are o eficacitate de până la 95% împotriva infecției, dacă faci toate injecțiile din seria de vaccinuri – 3 injecții date la diferite intervale. Vaccinul asigură protecție împotriva infecției pentru cel puțin 12 ani.

Vaccinarea este recomandată îndeosebi pentru următoarele categorii cu risc mai crescut:

- toți nou-născuții;
- orice persoană de 18 ani sau mai tânără, care nu a primit vaccinul;
- persoanele care își injectează droguri ilegale;
- persoanele care au avut mai mult de un partener de sex în ultimele 6 luni sau care au o istorie cu boli cu transmitere sexuală;
- bărbații homosexuali;
- persoanele care au probleme de coagulare a sângelui, cum este hemofilia, și care au primit factori coagulanți de la donatori umani;
- persoanele care au boli grave la rinichi și au nevoie ca sângele lor să fie filtrat periodic de un aparat special de hemodializă;
- persoanele care lucrează în domeniul sănătății și care sunt expuse la contactul cu sânge în diferite ocazii;
- personalul și rezidenții unei închisori sau instituții pentru handicapați;
- persoanele care vor petrece mai mult de 6 luni în părți ale lumii unde hepatita de tip B este frecventă sau unde un mare număr de oameni au o asemenea infecție cronică. Asemenea zone sunt: Asia de Sud-Est și Centrală, insulele din Pacificul de Sud, Bazinul Amazonului, Orientul Apropiat, Africa, Europa de Est și China.

În unele cazuri, medicul poate cere un test post-vaccin, pentru a se asigura că persoana a dezvoltat imunitate la virusul hepatitei B. Aceste teste sunt recomandate celor care au o schimbare majoră în statusul sistemului imunologic, lucrătorilor din domeniul sănătății, persoanelor care fac sex cu parteneri care au infecție cronică cu virus B. Dacă ești expus la virus înainte să primești cele trei injecții din serie, ar trebui să primești o doză de imunoglobulină de tip hepatită B (IGHB) cât de curând posibil. În cele mai multe cazuri, IGHB va preveni infecția până când vaccinul își face efectul.

Dacă ai făcut sex cu cineva care are hepatită de tip B, dar nu ai primit cele trei vaccinuri, ar trebui să primești o injecție cu IGHB; în continuare vei primi un alt vaccin de același fel, în termen de 14 zile de la expunere.

3.8.3. HEPATITA VIRALĂ DE TIP C

Și acest tip de hepatită este o inflamație a ficatului cauzată de un anumit virus, la fel ca hepatita de tip A și cea de tip B. Ca și hepatita de tip B, și hepatita de tip C poate fi diagnosticată la testul din sânge.

Etapa acută a bolii, care apare la două săptămâni-șase luni după infecție, este de obicei așa de ușoară, încât bolnavii nici nu știu că sunt bolnavi. Aproximativ 80% dintre bolnavii care sunt infectați cu acest virus dezvoltă o infecție cronică, aceasta însemnând că ei vor fi infectați pentru câțiva ani, adesea pentru tot restul vieții lor. Majoritatea bolnavilor cu infecție cronică cu virus C nu vor dezvolta afecțiuni severe ale ficatului. Totuși, în timp, până la 20% dintre cei care au infecție cronică dezvoltă ciroză hepatică. Dintre aceștia, 1-4% dezvoltă cancer de ficat. Afecțiunea ficatului cauzată de infecția cu virus de tip C este cel mai frecvent motiv pentru transplantul de ficat, în SUA.

Bolnavii, de cele mai multe ori, nu știu că au virusul hepatitei C în organism până când nu donează sânge. Tot sângele donat este testat pentru hepatită C și pentru o serie de alte boli. Donatorii al căror sânge este infectat cu acest virus nu pot dona sânge.

Hepatita cronică după infecția virală de tip C poate fi tratată cu medicamente pentru infecțiile virale. Tratamentul standard combină două medicamente antivirale: interferon și ribavirină. Totuși acest tratament nu este o opțiune pentru oricine și doar 30-40% dintre cei care primesc antivirale sunt vindecați de infecție. Unele studii arată că un nou tratament care folosește interferon cu acțiune lungă în timp, peginterferon, combinat cu ribavirină, poate stopa virusul mai eficient decât interferonul și ribavirina simple.

Factori care pot crește riscul de infectare

Există două categorii de factori: care pot fi controlați și care nu pot fi controlați.

Factori de risc pe care îi poți controla

- Împrumutul acelor și al altor instrumente (linguri, apă) folosite pentru a injecta sau a lua droguri ilegale.
- Să faci sex cu mai mult decât un partener sau sex neprotejat cu cineva care are mai mulți parteneri de sex. Riscul este și mai mare dacă ești infectat cu o boală cu transmitere sexuală sau HIV.
- Să faci sex cu un partener care are infecția cu virus C. Totuși, în cuplurile stabile, există un risc scăzut de infectare cu virus C, deși riscul nu este zero. Asemenea cupluri ar fi bine să folosească prezervative.
- Străpungerea urechilor sau a altor părți ale corpului sau un tatuaj făcute cu echipament nesterilizat.
- Acupunctură făcută cu ace care nu au fost sterilizate corect.
- Manichiură, pedichiură, frizerie făcute cu instrumente nesterilizate.
- Activitate în domeniul sănătății, unde ești expus la sânge proaspăt sau unde poți fi înțepat cu un ac folosit.

Factori de risc pe care nu îi poți controla

- Nevoia de a avea sângele filtrat de un aparat de hemodializă, pentru că rinichii tăi sunt incapabili să o facă (în caz de insuficiență renală cronică).
- Sarcină dintr-o mamă infectată cu virus de tip C.
- Conviațuirea cu cineva care este infectat cu virusul hepatitei C.
- Primirea de sânge, produse cu sânge sau un organ solid transplantat (rinichi, ficat, pancreas) de la un donator.

- Primirea de factori coagulanți concentrați la un bolnav cu hemofilie.

Prevenire

Nu există vaccin care să prevină infecția cu virus hepatic de tip C. Noi corpusculi din virusul original se pot dezvolta și aceștia nu sunt afectați de vaccinul împotriva virusului original. Aceasta complică eforturile de a crea un vaccin eficient.

Totuși poți reduce riscul:

- Nu-ți injecta droguri ilegale. Orice injecție îți faci, nu împrumuta ace sau alte instrumente de la alții.
- Practică sexul cu un partener stabil.
- Dacă lucrezi în domeniul sănătății, urmează regulile instituției în ceea ce privește mănușile protectoare și îmbrăcămintea și pentru îndepărtarea acelor și a altor obiecte contaminate.
- Dacă vrei să-ți faci un tatuaj sau să-ți străpungi pielea, asigură-te că instrumentele au fost sterilizate.
- Dacă ai o operație care nu este urgentă și o transfuzie de sânge este necesară, ia în considerare ideea de a dona propriul sânge înainte de operație. Totuși riscul de a face o asemenea infecție la o transfuzie de sânge este foarte mică.

Dacă ai deja hepatită cu virus C, trebuie să iei măsuri pentru a nu o răspândi:

- Dacă îți faci anumite tratamente injectabile, nu împrumuta ace sau alte echipamente.
- Informează-ți partenerul de sex despre starea ta. Folosește întotdeauna un prezervativ când faci sex.
- Păstrează tăieturile, zgârieturile și bășicile acoperite, pentru ca ceilalți să nu intre în contact cu sângele tău sau cu alte fluide corporale.
- Nu dona sânge, spermă, organe și țesuturi.

- Spală temeinic cu apă și dezinfectează orice obiect care a venit în contact cu sângele tău.
- Nu-ți împrumuta periuta de dinți, lama și nimic care ar putea avea sângele tău pe el.
- Mamele care au fost infectate nu trebuie să evite alăptatul la sân. Ele trebuie doar să aibă o grijă specială pentru a evita crăparea sfârcurilor.

3.9. GIARDIOZA

Giardioza este o boală gastrointestinală, cauzată de un parazit microscopic, numit *Giardia lamblia*. El este unul dintre cei mai frecvenți paraziți cantonați la nivelul tubului digestiv. *Giardia lamblia* se transmite cel mai adesea prin apa sau alimentele contaminate sau pe cale fecal-orală. Vârfurile de infecție apar spre sfârșitul verii. În multe țări (ca și în unele zone din România), boala poate afecta până la 20-30% din populație.

Boala apare atunci când consumăm apă sau alimente contaminate cu acest parazit. El se va înmulți apoi în intestinul subțire și se va deplasa o dată cu mișcările acestuia. De asemenea, boala se poate lua prin contactul cu o persoană pe ale cărei mâini se găsește parazitul. Sunt suficienți mai puțin de 10 paraziți pentru a determina infecția.

Paraziții de giardia au fost identificați în resturile fecale ale mai multor animale, cum ar fi: rozătoarele, câinii, pisicile, vitele, animalele sălbatice. De asemenea, animalele care trăiesc lângă rezervele de apă (șobolanii) sunt de cele mai multe ori infestate cu giardia. Transmiterea directă de la animal la om este însă minimă. De regulă, transmiterea se face în mod indirect, prin apa contaminată.

Simptomele giardiozei

Principalele simptome ale giardiozei sunt: diareea, durerile abdominale, balonarea, gazele abdominale, grețurile, pierderea

poftei de mâncare, uneori vărsături, dureri de cap, rareori febră ușoară.

Nu toți bolnavii de giardioză prezintă însă și simptome. Unii pot avea doar simptome minore sau chiar nici un simptom (aproape 60%), dar pot transmite boala celorlalți membri ai familiei.

Complicația cea mai frecventă a acestei boli, dacă nu este tratată, este absorbția inadecvată din tubul digestiv a nutrienților, ceea ce va avea drept consecință instalarea unei malabsorbții și, respectiv, pierderea în greutate.

Elementul definitoriu pentru punerea diagnosticului este prezența ouălor sau chiar a paraziților în scaunul bolnavului. De multe ori însă este necesară examinarea mai multor scaune succesive pentru a identifica parazitul. Acesta poate fi identificat și în lichidul care rezultă în urma tubajului duodenal.

Tratamentul giardiozei

Există mai multe scheme de tratament pentru giardioză.

Cel mai utilizat medicament este *Metronidazolul* – majoritatea pacienților răspund eficient la o doză de 250 mg (1 tabletă) de 3 ori pe zi, administrată timp de 5 zile.

Efect asemănător *Metronidazolului*, dar cu mai puține efecte secundare, îl are *Albendazolul* (denumirea comercială – *Eskazole* sau *Zentel*). Acesta se administrează în doze de câte 400 mg/zi timp de 5 zile. Uneori se poate apela la o singură doză de 2 g de *Tinidazole* (*Fasigyn*). Deseori, la copii, se indică administrarea de *Furazolidon*, 100 mg de 4 ori pe zi (6-8 mg/kgcorp/zi), timp de 7-10 zile.

O formulă de tratament utilizează preparatul românesc denumit *Helmiflores*. Acesta conține un amestec de mai multe plante medicinale: pelin, măceșe, vetrice, cimbru în miere polifloră. Doza care se administrează trebuie stabilită în funcție de vârsta bolnavului: copii între 1 și 4 ani – 10 picături de 3 ori pe zi; copii între 5 și 10 ani – 1 linguriță de 3 ori pe zi; copii între 11 și 14 ani – 1 linguriță de 3 ori pe zi; adulți – 2 lingurițe de 2-3 ori pe zi. Se

administrează înainte de masă, cura durând 10 zile. Ea se poate repeta de 2-3 ori, cu o pauză de 10 zile între cure.

Poate fi prevenită giardioza?

Da, giardioza poate fi prevenită, respectând următoarele reguli de igienă:

- Spălați-vă pe mâini cu apă și săpun înaintea fiecărei mese, înainte de a pregăti alimentele, după folosirea toaletei, după ce v-ați jucat cu animalele.
- Folosirea prosoapelor personale trebuie să devină un obicei.
- Nu consumați apă din râuri, lacuri, fântâni sau izvoare nesigure. Dacă nu sunteți siguri că știți ce fel de apă beți, fierbeți-o înainte de a o consuma.

3.10. LITIAZA BILIARĂ.

COLICA BILIARĂ – PIETRELE „DE LA FIERE”

Pietrele din vezicula biliară sunt niște pietre mai mari sau mai mici, alcătuite, de regulă, din colesterol și din alte substanțe care se formează în bilă. Ele se pot localiza și în canalul biliar principal, acesta fiind tubul care conduce bila de la colecist și ficat la duoden.

Pietrele pot fi mici ca un grăunte de nisip sau pot avea până la 4-6 cm în diametru. Uneori ele sunt diagnosticate în timpul altor examinări sau se pot asocia altor boli, cum ar fi: sindromul de intestin iritabil, pancreatita, ulcerul peptic, pietrele la rinichi, chistul ovarian, hepatita sau sarcina.

Simptome

Cei mai mulți dintre cei care au pietre la fiere nu au nici un simptom. Dacă apar simptome, de cele mai multe ori ele sunt ușoare și rareori sunt periculoase. Simptomul cel mai important este durerea în partea dreaptă superioară a abdomenului sau în zona mijlocie a acestuia. Este adesea descrisă ca o durere continuă, surdă,

cu crampe. Durerea este de obicei moderată, dar ocazional poate fi severă.

Caracteristicile durerii (a colicii biliare)

- Apare dintr-o dată și iradiază către centrul zonei epigastrice sau către partea dreaptă superioară a spatelui sau a umărului. De obicei, mișcarea nu face ca durerea să dispară.
- Împiedică respirația normală sau profundă.
- Durează între 15 minute și 24 de ore.
- Începe noaptea și este destul de puternică pentru a vă trezi. Durerea apare de obicei la aceeași oră din noapte. Poate sau nu să apară după mese.

Litiază biliară poate cauza vomă, care ușurează durerea abdominală și presiunea. Durerea, asociată cu febră, greață, vomă sau lipsa apetitului pot fi semne de inflamare sau infecție a fierii – colecistită acută.

Anumite simptome pot indica faptul că piatra blochează canalul biliar principal. Acestea includ:

- îngălbenirea pielii și a părții albe a ochiului – așa-numitul icter;
- urina închisă la culoare;
- scaun deschis la culoare.

Pietrele care blochează fluxul enzimelor digestive dinspre pancreas pot cauza inflamația pancreasului – pancreatită.

Gastroenterita și unele intoxicații pot cauza simptome similare cu litiază biliară. Diareea și voma apar și la aceste afecțiuni, dar durerea este de obicei intermitentă, nu este continuă, fiind simțită în tot abdomenul.

Tratamentul litiazei biliare

Dacă pietrele la fiere nu cauzează durere sau alte simptome, nu este necesar un tratament. Doar 1-4% din oamenii care au pietre la

fiere dezvoltă simptome în fiecare an. În rare situații, medicii pot recomanda operație pentru pietre care nu cauzează simptome.

Dacă pietrele cauzează simptome, tratamentul este operația: îndepărtarea colecistului – colecistectomie.

- Dacă primul atac de durere este ușor, de regulă poți să aștepți până când ai o altă criză înainte să te gândești la operație. Riscul amânării operației este destul de mic.
- Dacă pietrele cauzează dureri severe, operația urgentă trebuie luată în considerare, pentru a preveni viitoarele accese și posibilele complicații.
- În multe cazuri, laparoscopia este cea mai bună metodă pentru scoaterea colecistului. Operația deschisă cere de obicei o perioadă mai lungă de refacere și poate cauza mai multă durere, datorită inciziei mai mari.

Medicul te poate ajuta să evaluezi cât de severe sunt accesele de durere și te poate ajuta să decizi dacă să faci operație sau alt tratament.

- Dacă ai episoade de durere ușoară, pe care le poți tolera, s-ar putea să nu ai nevoie de tratament urgent decât dacă accesele devin mai severe și mai dese.
- La 30% dintre oameni durerea devine mai puțin severă și mai rară în câteva luni de la diagnostic.
- Amânarea operației sau a altui tratament până când ai avut mai mult de un episod de durere este destul de lipsită de riscuri.

Riscurile netratării litiazei biliare sunt:

- crize de durere imprevizibile;
- episoade de inflamare sau infecție a colecistului, a canalului biliar sau a pancreasului;
- formarea unei comunicări anormale – fistulă – între colecist și intestine.

Prevenire

Nu este nici o cale sigură de prevenire a litiazei biliare. Totuși, se poate reduce riscul formării acestora prin următoarele metode:

- **Mențineți-vă o greutate corporală ideală.** Cercetările arată că pierderea intenționată în greutate prin dietă, urmată de îngrășare neintenționată, poate crește riscul formării de pietre la fiere, în special la femei. Dacă trebuie să slăbiți, faceți-o în timp, gradual. Când țineți o anumită dietă de slăbire, urmăriți o pierdere în greutate de 0,5-1 kg pe săptămână. Este de asemenea important să evitați slăbirea rapidă și înfometarea.
- **Faceți exercițiu fizic în mod regulat.** Exercițiile fizice sunt o cale importantă de a reduce riscul formării pietrelor. Un studiu arată că femeile care fac mișcare regulat pot trăi cu pietre la fiere, fără operație. Exercițiul fizic timp de două-trei ore pe săptămână reduce riscul la femei cu 20%. La bărbați, două-trei ore de alergare moderată pe săptămână reduce riscul formării de pietre cu 20%. Împreună cu o dietă săracă în grăsimi, exercițiul este de asemenea o cale eficientă de a avea o greutate sănătoasă și de a reduce colesterolul și nivelul trigliceridelor.
- **Gândiți-vă de două ori înainte de a lua estrogeni.** Unele date arată că luarea hormonilor – cum ar fi estrogenul după menopauză sau doze mari de pilule contraceptive – poate crește riscul litiazei biliare. Dacă luați asemenea hormoni, discutați cu medicul. Beneficiile luării hormonilor pot depăși însă riscul dezvoltării de pietre la fiere.

PROBLEME RENALE

4.1. LITIAZA RENALĂ. COLICA RENALĂ

Ce sunt pietrele de la rinichi?

Pietrele de la rinichi se formează când anumite substanțe din urină – incluzând calciul și acidul uric – se cristalizează și cristalele se unesc. De obicei, ele se formează în centrul rinichiului (în calice), unde urina se colectează înainte de a trece în uretere, care sunt tuburile de legătură dintre rinichi și vezica urinară. Pietrele mici trec în urină și sunt adesea neobservate. Dar pietrele mai mari irită și întind ureterul în drumul lor spre vezică, provocând dureri cumplite și blocând scurgerea urinei. Mai rar, o piatră mai mare poate rămâne blocată în rinichi, provocând o afecțiune mult mai gravă.

Cine face litiază urinară?

De ce unii oameni fac pietre la rinichi și alții nu, nu este prea clar. Acestea sunt mai obișnuite la tineri și la cei de vârstă mijlocie decât la bătrâni și sunt frecvent întâlnite la bărbați. Persoanele care trăiesc în climat cald sunt predispuse la formarea de pietre, deoarece organismul lor se deshidratează mai repede și mineralele sunt mai concentrate în urină. De asemenea, studiile arată că cei care beau prea puține lichide pot face mai ușor litiază urinară.

În 90% din cazuri, cauza rămâne necunoscută. Afecțiunea pare să aibă și o componentă ereditară și să apară la oamenii care suferă

de bună, sindromul de intestin iritabil și infecții cronice ale tractului urinar. Alimentele bogate în oxalați, cum sunt ciocolata, strugurii, spanacul și căpșunile, pot determina apariția pietrelor.

Utilizarea frecventă de antiacide care conțin calciu a fost corelată cu pietrele la rinichi. De asemenea, deficiențele alimentare, în special de vitamina B6 și de Mg, și cantitățile excesive de vitamină D pot fi factori în formarea pietrelor. Dezechilibrul acestor vitamine și minerale poate crește cantitatea de calciu oxalat în urină. Când nivelul de calciu oxalat devine prea mare și nu se dizolvă, cristalele încep să se formeze.

Care sunt simptomele litiazei renale?

În cea mai mare parte a situațiilor, litiaza renală nu se manifestă clinic. Bolnavii pot trăi multă vreme fără să știe că au asemenea pietre la rinichi. Ea devine simptomatică atunci când apare așa-numita colică renală, care se manifestă astfel:

- durerea apare după un efort fizic sau după o călătorie;
- este localizată în regiunea lombară, pe o singură parte, și iradiază spre organele genitale externe sau spre rădăcina coapsei;
- durerea este intensă și profundă, continuă sau apare la anumite intervale, accentuată de atingerea regiunii, tuse, strănut;
- este însoțită de agitație, neliniște;
- apare deseori nevoia imperioasă de a urina;
- urina poate fi roșiatică (hematurică).

Pentru că multe dintre simptomele litiazei pot indica alte afecțiuni, medicul trebuie să confirme prezența pietrei. O evaluare va include teste de sânge și urină și poate o urografie intravenoasă (UIV), o radiografie specială, pentru a vizualiza rinichii. Ultrasunetele (ecografia) pot arăta aspectul rinichilor sau al ureterului. De asemenea, o scanare CT va arăta atât rinichii și ureterul, cât și pietrele. Această tehnică are avantajul suplimentar că nu presupune injecție intravenoasă ca la UIV.

Care sunt tratamentele posibile în litiaza renală?

Dacă ai avut o dată piatră la rinichi, este posibil să faci din nou. Deci este important să determini exact ce anume a cauzat formarea pietrei și să previi recidiva.

Deoarece 90% din pietrele la rinichi sunt eliminate din corp în 3-6 luni, medicul poate prescrie la început doar să consumi multă apă – cel puțin 2-3 litri pe zi – și medicamente pentru tratamentul durerii (antispastice). O sticlă cu apă fierbinte, pusă pe zona dureroasă, poate ușura disconfortul.

Dacă eliminați o piatră și o puteți recupera, aceasta va putea fi analizată. O dată ce compoziția pietrei este știută, medicul poate prescrie medicamente sau poate sugera schimbări în dietă, pentru a preveni dezvoltarea altei pietre de compoziție asemănătoare. Cele mai multe pietre sunt alcătuite din oxalat de calciu, iar medicul poate prescrie un diuretic pentru a preveni recidiva.

Dacă apar complicații, cum ar fi o infecție sau un blocaj total al ureterului, piatra trebuie scoasă chirurgical. În funcție de mărime, tip și localizare, piatra este scoasă fie prin operație obișnuită, fie printr-un instrument special, foarte subțire (endoscop), metodă care este des folosită. Chirurgul trece tubul prin uretră în vezică și în ureter, apoi trage piatra afară sau o bombardează cu ultrasunete, sfărâmând-o. Dacă piatra este blocată în rinichi, instrumentul este introdus în rinichi printr-o incizie laterală. Altă metodă, cunoscută sub denumirea de litotritie extracorporeală, folosește unde de șoc puternice pentru a sparge piatra fără operație, fragmentele obținute eliminându-se apoi prin urină.

Cum se pot preveni calculii renali?

Poți face multe lucruri, în special în ce privește dieta, pentru a preveni reapariția pietrelor:

- Bea cel puțin 2-3 litri de lichid în fiecare zi, în special când este cald.

- Evită sau folosește cantități reduse din alimentele care conțin oxalați: ciocolata, țelina, strugurii, căpșunile, spanacul, sparanghelul, ceaiul negru (vezi mai jos).
- Ia zilnic un supliment de vitamina B6 (10 mg) și Mg (300 mg), ambele reducând formarea de oxalați.
- Redu acidul uric printr-o dietă săracă în proteine.
- Evită antiacidele – ele sunt adesea bogate în calciu.
- Ia suplimentele de calciu din mâncare sau, și mai bine, consumă lactate care să asigure calciul necesar.
- Redu sarea la maximum 2-3 grame pe zi; o cantitate mai mare poate crește nivelul calciului oxalat în urină.
- Evită suplimentele de vitamină D, care pot crește nivelul de Ca.

Rolul diurezei și al dietei în litiaza și colica renală

În ceea ce privește măsurile generale de tratament, de primă importanță este cura permanentă de diureză, adică aportul zilnic al unui volum suficient de lichide, capabil să realizeze o urină diluată (2,5-3 l/24 ore). Important este nu cât se bea, ci cât se elimină. Practic, bolnavii vor trebui să bea ziua o cană de apă la două ore, iar la culcare, 500 ml de ceai. Se vor trezi o dată sau de două ori pe noapte, iar atunci vor mai bea câte o cană de apă sau ceai.

În afară de aportul de lichide, întrucât calculii pot avea o structură chimică diferită, în funcție de această structură, trebuie corelată și dieta utilizată.

Astfel, bolnavii cu litiază urică trebuie să aibă un regim alimentar cu conținut redus în proteine, bogat în fructe și fără alcool. Sunt contraindicate carnea sub orice formă, inclusiv viscerele sau supele de carne, precum și brânzeturile fermentate. Grăsimile pot fi consumate în cantități mici, fiind permise și cremele cu lapte, aluatul fiert, tarteles cu fructe.

În litiaza oxalică, formă care este ceva mai frecventă, trebuie eliminate alimentele cu conținut ridicat în acid oxalic: cacaoa, ciocolata, băuturile calde, ceaiul, berea, dar și țelina, spanacul, morcovii, portocalele, ceapa, castraveții, conopida, mazărea, sfecla, smochinele, pătrunjelul, coacăzele, prunele uscate, agrișele.

Sunt interzise, de asemenea, ouăle în cantitate mare, derivatele preparate cu bicarbonat, apele minerale alcaline și cele bogate în calciu, hreanul, muștarul și piperul.

Alimentele permise sunt cele care conțin magneziu (fulgii de ovăz, aluaturi), dintre legume: varza, salata, ciupercile, conopida, iar dintre fructe: strugurii, perele, piersicile, caisele, gutuile.

Dintre băuturi sunt permise ceaiurile diuretice din mătasea porumbului sau din mușetel, sucurile de legume și fructe.

Alte alimente permise sunt orezul, grișul, laptele și derivatele din lapte în cantitate moderată. Se consideră că laptele poate contribui la formarea calculilor renali prin lactoză și calciu.

Litiaza fosfatică necesită un regim scăzut în fosfor și calciu, în grăsimi și sare și bogat în lichide.

Tărâțele reduc eliminările urinare de calciu la 20-25%, reducând astfel la jumătate riscul formării de calculi. Este foarte util un aport minim de 25 g de tărâțe măcar o dată pe zi, dimineața.

Alimentele care trebuie evitate în litiaza fosfatică sunt deci cele care au conținut ridicat de calciu și fosfor. Din prima categorie fac parte: brânza fermentată, cașcavalul, laptele de vacă, gălbenușul de ou, pătrunjelul, hreanul, fasolea boabe albă, dar și cea verde în cantitate mai redusă, ceapa verde, precum și alunele, migdalele, nucile, fragii și ciocolata.

Dintre alimentele cu conținut ridicat în fosfor, care trebuie deci evitate, putem enumera: brânza de burduf, gălbenușul de ou, carnea (mai ales de oaie și de vacă), măruntaiele (ficat, inimă), mazărea verde, ciocolata și pâinea neagră.

Se pare totuși că aportul crescut de lichide are o eficiență mai mare decât regimul dietetic menționat.

4.2. INFECȚIILE TRACTULUI URINAR

Infecțiile tractului urinar sunt cele mai comune dintre toate infecțiile bacteriene și apar când bacteriile se dezvoltă în vezică, rinichi, uretere sau uretră. Dacă nu sunt tratate, infecțiile tractului urinar pot cauza probleme serioase, care pot deveni periculoase, transformându-se în afecțiuni permanente ale tractului urinar.

Infecțiile repetate ale tractului urinar la copii indică adesea o problemă a formei sau structurii tractului urinar. Problemele structurale pot avea nevoie de tratament special pe termen lung, pentru a preveni afectarea permanentă a rinichilor.

Clasificare

Infecțiile tractului urinar sunt clasificate în funcție de localizarea acestora:

- infecția vezicii urinare – cistită
- infecția rinichilor – pielonefrită
- infecția uretrei – uretrită

La bărbați, prostatita și epididimita sunt complicații comune ale infecțiilor tractului urinar. Problemele de prostată reprezintă cea mai comună cauză pentru reapariția infecțiilor tractului urinar la bărbați.

Infecțiile tractului urinar care nu produc simptome se numesc bacteriurii asimptomatice. Aceste tipuri de infecții afectează adesea femeile însărcinate, bătrânii sau pe cei care au nevoie de cateter (sondă) pentru a urina.

Cauzele infecțiilor tractului urinar

Infecțiile tractului urinar sunt de obicei cauzate de bacterii care pătrund în uretră și traversează apoi tractul urinar. Bacteriile care în mod normal trăiesc în intestinul gros sunt cea mai comună cauză de infecție. Infecțiile ocazionale la rinichi sau vezică sunt cauzate de bacteriile care trec prin sânge și sistemul limfatic către tractul urinar.

Infecțiile vezicii – cistitele – sunt cele mai comune infecții ale tractului urinar și afectează în special femeile, deoarece bacteriile din fecale sunt ușor transmise la vagin și la uretră. Femeile pot preveni asemenea infecții prin ștergerea din față spre spate după folosirea băii.

Actul sexual poate de asemenea să introducă bacterii în tractul urinar. Femeile ar trebui să urineze imediat după ce fac sex, pentru a preveni infecțiile tractului urinar.

O problemă în structura vezicii, care permite urinei să urce înapoi în rinichi – reflux vezico-ureteral –, poate duce la infecția rinichilor, numită pielonefrită.

Simptome

Adulții și copiii mai mari pot avea următoarele simptome:

- durere sau arsură la urinare;
- nevoia de a urina frecvent, dar de obicei doar mici cantități de urină;
- picurare – incapacitatea de a controla eliberarea urinei;
- durere sau o senzație de greutate în partea inferioară a abdomenului;
- urină roz sau roșiatică;
- urină urât mirositoare;
- urină tulbură;
- durere la spate, sub torace, într-o parte a corpului;
- febră și frisoane;
- greață și vomă;

Copiii și bebelușii pot avea următoarele simptome:

- febră – și poate fi singurul simptom la copii;
- iritabilitate;
- lipsa apetitului;

- nu iau în greutate și nu se dezvoltă normal;
- urină urât mirositoare;
- dureri abdominale;

Unii bolnavi cu infecții ale tractului urinar nu au însă nici un fel de simptome.

Tratamentul infecțiilor urinare

Infecțiile tractului urinar necomplicate sunt tratate cu antibiotice și tratamentul se face acasă, el fiind asociat cu aport mare de lichide. Dacă infecția este severă, implicând și rinichii, sau dacă este complicată de alți factori, spitalizarea poate fi necesară.

Scopul tratamentului este de a ușura simptomele, de a elimina infecția și de a preveni afectarea rinichilor. La femeile însărcinate, tratamentul protejează și copilul.

Durata tratamentului variază în funcție de tipul infecției. Medicul va lua în considerare următoarele:

- Femeile care au infecții necomplicate la vezică pot lua antibiotice timp de 3 zile.
- Femeile cu infecția vezicii recidivantă pot lua antibiotice timp de 2-6 săptămâni, urmate de terapie preventivă cu antibiotice.
- Infecțiile rinichilor, pielonefritele, sunt tratate cu antibiotice o perioadă mai lungă de timp. În funcție de severitatea infecției, spitalizarea poate fi necesară sau nu.
- Femeile însărcinate, cei cu diabet, cei cu un sistem imunitar slăbit și bătrânii pot avea nevoie de tratament special pentru infecțiile tractului urinar. Femeile însărcinate care au infecții ale tractului urinar cauzate de infecții cu streptococ de grup B ar trebui tratate cu antibiotice.
- Bărbații au rareori infecții ale tractului urinar. Tratamentul presupune 1-2 săptămâni de antibiotice. Teste suplimentare și tratament pentru prostatită și boli cu transmitere sexuală, cum

sunt chlamidia și gonoreea, pot fi necesare în special dacă infecțiile tractului urinar apar în mod repetat.

- Copiii cu infecții ale tractului urinar au nevoie de tratament prompt, pentru a preveni afectarea rinichilor. Ei pot face terapie preventivă cu antibiotice mai mult timp (cel puțin șase luni sau până la adolescență) după tratamentul inițial, dacă sunt probleme structurale, care cresc riscul infecțiilor adiționale, cum este refluxul vezico-ureteral.

La ce să ne gândim când apar asemenea simptome?

Tratamentul pentru infecția vezicii urinare va fi adesea bazat doar pe simptome și pe analiza urinei, fără a face o cultură a germenilor din urină. Dacă simptomele persistă, uneori sunt necesare teste suplimentare, pentru a vedea dacă nu cumva există:

- o infecție a rinichilor;
- probleme structurale ale rinichilor, care cresc riscul de a face infecție;
- o infecție cauzată de o bacterie neobișnuită;
- un sistem imunitar slăbit.

Prevenire

Pentru a preveni infecțiile tractului urinar:

- Bea multe lichide, inclusiv suc de afine. Unii cred că suc de afine sau luarea vitaminei C previne infecțiile tractului urinar.
- Urinează când ai nevoie. Nu reține urina pentru mult timp.
- Urinează imediat după actul sexual. Aceasta este cea mai bună protecție a femeilor împotriva infecțiilor tractului urinar.
- Evită folosirea diafragmei sau a prezervativelor cu spermicide, dacă medicul crede că acestea pot cauza infecțiile tractului urinar.
- Pentru a evita transferarea bacteriilor de la rect la tractul urinar, șterge-te întotdeauna dinspre față spre spate, după ce folosești baia.

- Evită constipația.
- Evită spray-urile de igienă feminină și alte produse de igienă feminină cu deodorant.
- Fă duș în loc de baie.
- Păstrează-ți penisul curat.

Tratamentul la domiciliu

Acționează prompt când ai primele simptome de infecție a tractului urinar (urinare dureroasă sau cu arsuri) și poți să vindeci o infecție la începutul ei, prevenind infecțiile complicate ale tractului urinar. Tratamentul acasă include:

- Bea multă apă și suc de afine, în special în primele 24 de ore după ce apar simptomele. Aceasta va face ca urina să fie mai puțin concentrată și să spele bacteriile cauzatoare de infecție. Acest lucru poate afecta unele dintre mecanismele de apărare ale organismului, dar majoritatea medicilor recomandă forțarea diurezei când ai o asemenea infecție (vezi mai jos).
- Urinează frecvent și complet, pentru a goli vezica de fiecare dată.
- Nu folosi diafragma ca metodă contraceptivă. Ar putea jena uretra și ar împiedica golirea completă a vezicii.
- Pune o compresă caldă pe zona genitală.

Apelează la medic dacă:

- crezi că ai pietre la rinichi; o evaluare medicală este esențială pentru diagnostic și tratament;
- te trec valuri de durere ascuțită la spate, lateral sau în abdomen; aceste dureri pot fi semne de alte afecțiuni serioase, cum ar fi pietre la fiere, boli inflamatorii pelviene sau altele;
- ai dureri sau dificultăți la urinare; acesta poate fi un semn de infecție a vezicii, de boli cu transmitere sexuală, probleme vaginale, cum ar fi vaginita, mărirea prostatei sau o tumoră la vezică sau prostată;

- observi sânge în urină; ar putea indica boli de rinichi, o tumoră la vezică sau rinichi, o infecție urinară sau de prostată.

Rolul diurezei în infecțiile urinare

Tratamentul infecțiilor urinare simple se poate face printr-o cură de lichide. Astfel se consumă o cană de apă la fiecare 20 de minute, timp de 3 ore, apoi o cană de apă la o oră. În locul apei se poate folosi ceai neîndulcit. Acest aport crescut de lichide va favoriza eliminarea unui volum mai mare de urină, care va dilua concentrația urinei, va favoriza eliminarea prin „spălare” a germenilor care întrețin infecția, ameliorând simptomatologia.

Se poate încerca utilizarea unui ceai făcut din doi-trei căței de usturoi și care va fi consumat de trei-patru ori pe zi.

4.3. CANCERUL DE VEZICĂ URINARĂ

Incidența și mortalitatea

Cancerul de vezică urinară este al șaselea tip de cancer ca frecvență din SUA. Aproximativ 54.300 de noi cazuri au fost diagnosticate în 2001. Șansa de diagnostic mai precoce este de 2,5 ori mai mare la bărbați decât la femei. Incidența cancerului de vezică urinară crește o dată cu vârsta. Aproximativ 80% din cazurile nou-diagnosticate, atât în cazul bărbaților, cât și al femeilor, apar la persoane cu vârsta de peste 60 de ani.

Annual, în SUA, 12.000 de persoane mor din cauza cancerului de vezică urinară. Mortalitatea determinată de vârstă a scăzut în cazul ambelor sexe, în ultimii 30 de ani. Aceste schimbări reflectă o diagnosticare timpurie a bolii și un tratament mai eficient.

Factorii de risc

Fumatul. De departe, cel mai cunoscut factor de risc din mediul înconjurător, în rândul întregii populații, este fumatul. Indivizii care fumează sunt expuși unui risc de a avea cancer de vezică urinară de 4 până la 7 ori mai mare decât cei care nu au fumat

niciodată. Riscul se reduce o dată cu întreruperea fumatului, dar o scădere semnificativă a incidenței se observă doar după 5-7 ani de la renunțarea la fumat. Chiar și după 10 ani riscul ca un individ să dezvolte cancer de vezică urinară este totuși aproape dublu față de cel la care este expus un individ care nu a fumat niciodată.

Printre substanțele chimice implicate în cancerul de vezică urinară indus de fumat se numără aminodifenilul și metaboliții săi. Este posibil ca enzime moștenite și inductibile să fie importante în activarea și detoxificarea aminodifenilului și a altor cauzatori ai carcinoamelor de vezică urinară.

O varietate de factori de expunere industrială au fost implicați ca factori de risc în dezvoltarea cancerului de vezică urinară, în primul rând aminele aromatice, prezente în fabricarea vopselelor, a benzidinei și a derivaților ei. Ocupațiile care s-au raportat a fi asociate cu un risc crescut de dezvoltare a unui cancer de vezică urinară le includ pe acelea care implică chimicale organice, cum ar fi curățătoria uscată de hârtie, muncitorii din industria încălțăminte.

Primitorii unui transplant renal par să prezinte o incidență crescută a cancerului de vezică urinară.

Ereditatea. Cu toate că au fost raportate ocazional tumori existente la membrii familiei, nu există dovezi conform cărora dezvoltarea cancerului de vezică urinară ar fi moștenită.

Diagnosticul cancerului de vezică urinară

Aproximativ 85% dintre cancerele de vezică urinară sunt diagnosticate deoarece cauzează o hematurie (prezența sângelui în urină) microscopică sau vizibilă. Foarte puține cancere de vezică urinară sunt detectate datorită unei descoperiri accidentale, în timpul unei cistoscopii efectuate pentru detectarea altei boli. Cel mai adesea, aceasta se întâmplă în timpul evaluării unei tumori prostatice suspecte, benigne sau maligne. Diagnosticul final, de certitudine, este pus de biopsia din tumoră.

Prognosticul cancerului de vezică urinară

Aproximativ 70-80% dintre pacienții cu cancer de vezică urinară recent diagnosticați prezintă tumori superficiale la nivelul vezicii urinare. Cei care prezintă un cancer de vezică urinară superficial, neinvaziv, se pot vindeca adesea, iar cei cu o tumoră deja invazivă pot fi vindecați uneori prin intervenție chirurgicală, iradiere sau o combinație de modalități care includ și chimioterapia. Studiile au demonstrat că unii pacienți cu metastaze la distanță au dobândit o remisie completă pe termen lung, urmând tratamentul care combină diferite tipuri de chimioterapie.

Factorii majori de prognostic în carcinomul vezicii urinare sunt profunzimea invaziei în peretele vezicii urinare și gradul de diferențiere celulară a tumorii. Majoritatea tumorilor superficiale sunt bine diferențiate. Pacienții ale căror tumori sunt mai puțin diferențiate, mai extinse, multiple și asociate cu carcinomul *in situ* (TIS), în alte regiuni ale mucoasei vezicii urinare, sunt expuși unui risc mai mare de reapariție a bolii și de dezvoltare a cancerului invaziv. TIS poate exista pentru perioade variate de timp. Pacienții cu stadiul TIS prezintă un risc de aproximativ 20% de recidivă a bolii în următorii cinci ani.

Câteva metode de tratament (de exemplu, intervenția chirurgicală transuretrală, medicația administrată direct în vezică și îndepărtarea parțială a vezicii urinare – cistectomia) au fost utilizate în tratamentul pacienților cu tumori superficiale și fiecare metodă poate fi asociată cu o rată a supraviețuirii de cinci ani de 55-80% dintre pacienții tratați.

Tumorile invazive, care se limitează la mușchiul vezicii urinare aflat în stare patologică după cistectomia radicală, sunt asociate, în aproximativ 75% din cazuri, cu o rată de cinci ani de supraviețuire.

Pacienții cu mai multe tumori invazive adânci supraviețuiesc până la cinci ani, în 20% până la 40% din cazuri, după o cistectomie radicală. Când pacientul prezintă o tumoră extinsă, care invadează organele pelvine sau metastazează la nivelul nodulilor limfatici

sau în poziții mai îndepărtate, supraviețuirea la cinci ani este puțin probabilă, dar o ameliorare considerabilă a simptomelor poate fi obținută.

Possibilități de tratament

Prelungirea ratei supraviețuirii la majoritatea pacienților cu cancer superficial s-a obținut cu ajutorul rezecției transuretrale (TUR), la care s-a adăugat sau nu chimioterapia intravezicală. Totuși tratamentul nu este posibil pentru majoritatea pacienților care suferă de tumori invazive adânci și pentru majoritatea pacienților care prezintă metastaze regionale sau la distanță.

În America de Nord, tratamentul standard al pacienților cu cancer invaziv de vezică urinară este cistectomia radicală (extirparea completă a vezicii urinare) și deviația urinară. O altă posibilitate de tratament include TUR și rezecția parțială, la care se adaugă sau nu radioterapia, combinarea chimioterapiei cu radioterapia sau una dintre ele, urmată de cistectomia recuperatoare atunci când aceasta este necesară în cazul unui eșec local.

Tehnicile reconstructive, care utilizează rezervoare de depozitare a urinei, de presiune scăzută de la nivelul intestinului subțire și gros, elimină nevoia de dispozitive de scurgere și, în cazul unor pacienți de sex bărbătesc, permit golirea vezicii urinare prin intermediul uretrei. Acestea au fost realizate pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților care necesită o cistectomie.

PROBLEME NEUROLOGICE

5.1. MIGRENA

Migrena este o durere de cap de origine vasculară, determinată de modificări în diametrul arterelor atât din interiorul, cât și din exteriorul creierului.

Se estimează că în SUA, de exemplu, aproximativ 28 de milioane de americani suferă de migrene. Incidența este mai mare la femei decât la bărbați. Un sfert dintre femeile cu migrene suferă 4 sau mai multe atacuri pe lună; 35% au 1-4 atacuri severe pe lună și 40% au cel mult un atac sever într-o lună.

Durata unei crize migrenoide variază de la 4 ore la 3 zile. Ocazional, ea poate dura mai mult.

Cum se produc migrenele?

Cauzele exacte ale migrenelor sunt necunoscute, deși sunt legate de anumite modificări din creier și de cauze genetice. Persoanele cu migrene pot moșteni tendința de a fi afectate de anumiți factori, cum ar fi: oboseala, lumina strălucitoare, schimbarea vremii și altele.

Pentru mulți ani, oamenii de știință au crezut că migrenele sunt legate de dilatarea și îngustarea vaselor de sânge de pe suprafața creierului. Însă acum se știe că migrenele sunt cauzate de anormalități moștenite în anumite zone ale creierului.

În creier există un centru al durerii pe care o generează la acest nivel. O migrenă începe atunci când anumite celule nervoase hiperactive trimit impulsuri la vasele de sânge, cauzând îngustarea urmată de dilatare și eliberarea unor anumite substanțe: prostaglandină, serotonină și alte substanțe inflamatorii. Acestea vor determina, la rândul lor, pulsații dureroase ale arterelor.

Care sunt cauzele care provoacă o migrenă?

Multe migrene par să fie provocate de factori externi:

- Stresul emoțional – aceasta este una dintre cele mai comune cauze pentru migrene. Cei care au migrene sunt foarte afectați de evenimentele stresante. În timpul acestor evenimente, anumite substanțe chimice din creier sunt eliberate pentru a combate situația. Eliberarea acestor substanțe poate provoca modificări vasculare care determină migrena.
- Emoțiile reprimite, cum ar fi anxietatea, îngrijorarea, asociate mai ales cu oboseala, pot crește tensiunea musculară și vasele de sânge dilatate pot intensifica severitatea migrenei.
- Sensibilitatea la anumite chimicale și conservanți din mâncare, anumite mâncăruri și băuturi, cum sunt unele tipuri de brânză, băuturile alcoolice sau aditivii, ca nitrații și glutamatul monosodic, pot fi responsabile pentru 30% dintre migrene.
- Cafeina – consumul excesiv de cafeină sau renunțarea bruscă la cafeină poate cauza dureri de cap atunci când nivelul cafeinei scade dintr-o dată. Vasele de sânge par să fie sensibile la cafeină, iar când aceasta nu este ingerată, poate apărea durerea de cap. Uneori însă, cafeina în sine poate ajuta la tratarea atacurilor de migrene care au apărut prin mecanismul descris mai sus. Problema cu această substanță rămâne crearea dependenței de ea.
- Schimbarea condițiilor atmosferice – fronturile de furtună, modificările presiunii atmosferice, vânturile puternice sau altitudinea pot cauza o migrenă.

- Menstruația.
- Tensiunea nervoasă persistentă.
- Oboseala excesivă.
- Obiceiul de a sări anumite mese.
- Schimbări în tabieturile de somn.
- Anumite alte afecțiuni coexistente: astmul bronșic, hipertensiunea arterială, sindromul Raynaud apare atunci când vasele de sânge se îngustează, cauzând durere și decolorare (culoarea palidă) în special a degetelor, accidentele vasculare cerebrale, tulburările de somn.

Migrenele au o transmitere ereditară?

Da, migrenele au tendința să se transmită ereditar. Patru din cinci oameni care suferă din cauza migrenelor au în familie persoane care la rândul lor au avut de suferit din cauza durerilor de cap. Dacă un părinte suferă de migrene, copilul are 50% șanse să sufere și el, iar dacă ambii părinți sunt suferinzi, atunci riscul pentru copiii lor crește la 75%.

Care sunt simptomele migrenelor?

Simptomele unei migrene pot să se manifeste în variate combinații și ele se referă de fapt la caracteristicile durerii.

- **Tipul de durere** – este o durere zdrobitoare, puternică. Durerea de cap începe ușor și crește tot mai mult în intensitate, fiind adeseori agravată de activități psihice.
- **Intensitatea durerii** – durerea provocată de o migrenă poate fi variabilă ca intensitate, putând fi descrisă ca fiind ușoară, moderată sau intensă.
- **Localizarea durerii** – durerea își poate schimba sediul dintr-o parte a capului în alta, poate afecta doar partea din față a capului sau poate fi simțită în tot capul.
- **Durata durerii** – majoritatea migrenelor țin aproximativ 4 ore, deși cele foarte intense pot dura chiar o săptămână.

- **Frecvența apariției crizelor** – variază de la individ la individ. În mod obișnuit, un individ suferă cam 2-4 dureri de cap pe lună. La unii sunt mai rare (1-2 crize pe an), la alții sunt mai dese.

Alte simptome ale migrenelor pot fi: amețea, vomă, durerile abdominale, înțeleșuri de stomac, pierderea poftelor de mâncare, senzația de frig sau, din contră, de căldură în exces, lipsa de vigoare, oboseala, vedere încețoșată, diareea, febra.

Tipuri de migrene

Simptomele care semnalează prezența migrenei ne indică și tipul migrenei. Acestea pot fi:

- migrene cu aură (cunoscute sub numele de migrene clasice),
- migrene fără aură (migrenele comune).

Care sunt simptomele unei migrene cu aură?

Migrenele cu aură sunt răspândite în procent de 20-30% printre cei care suferă în general de migrene. Aura poate să înceapă cu o oră înainte de criza propriu-zisă și să țină de la 15 până la 60 de minute. Aceste simptome țin întotdeauna mai puțin de o oră.

Aura vizuală include:

- puncte sau lumini strălucitoare,
- pata oarbă,
- vedere distorsionată,
 - ◆ pierderea temporară a vederii,
 - ◆ linii curbe sau strâmbe.

Sunt auri care pot afecta și celelalte simțuri. Aceste auri pot fi descrise simplu ca având „un sentiment ciudat” sau pur și simplu persoana este incapabilă să descrie aura.

Alte auri pot include auzitul unui sunet în ureche sau schimbări în miros, gust sau pipăit.

Unele migrene, mai rare, includ anumite tipuri de aure neurologice:

- Migrena epileptică: paralizie temporară sau schimbări senzoriale ale unei părți a corpului (asemănătoare slăbirii musculare). Apariția durerii poate fi asociată cu amețea, amorțea sau tulburări temporare de vedere.
- Migrena retinală: se manifestă prin pierderea temporară, parțială sau completă a vederii cu un ochi, împreună cu o durere intensă în spatele ochiului, care se poate răspândi pe toată suprafața corpului.
- Migrena arterei bazilare: se manifestă prin amețea, pierderea echilibrului, acestea precedând durerea de cap. Poate afecta partea din spate a capului. Aceste simptome apar deodată și pot fi asociate cu incapacitatea de a vorbi coerent, cu sunete deranjante în ureche și cu vomă. Acest tip de migrenă este strâns legat de schimbările hormonale din organismul femeilor.
- Migrena oftalmoplegică: se manifestă printr-o durere acută în jurul ochilor, incluzând paralizia mușchilor din jurul ochilor. Această stare este deosebit de gravă, simptomele putând fi cauzate de o presiune pe nervii din spatele ochiului sau de un anevrism. Alte simptome includ vedere dublă sau alte tulburări de vedere. Din fericire, această formă de migrenă este foarte rară.

Care sunt simptomele migrenelor „fără aură”?

Migrenele „fără aură” sunt mai obișnuite și sunt întâlnite în proporție de 70-80% printre cei care suferă de migrene. Cu câteva ore înainte de apariția durerii, persoana în cauză poate să simtă simptome vagi, cum ar fi: anxietatea, depresia, oboseala.

Care este tratamentul migrenelor?

Există multe medicamente disponibile pentru tratarea lor. Aceste medicamente se clasifică în funcție de simptomul pe care dorește să îl elimine.

Medicamentele împotriva durerii

Aceste medicamente sunt, de regulă, eficiente pentru cei care suferă de migrene, îndepărtând durerea destul de rapid. Ele conțin: aspirină, ibuprofen, tylenol și cofeină. Fiți însă prudenți atunci când vă administrați aceste medicamente pentru înlăturarea durerii, deoarece se poate întâmpla ca tocmai acestea să o accentueze și mai ales să provoace dependență. În plus, fiecare dintre ele are o serie de efecte secundare destul de serioase, dacă se administrează pe o perioadă mai lungă de timp.

Medicamentele împotriva grețurilor (antiemetice)

Sunt medicamente speciale, care, dacă sunt utilizate încă de la primele semne ale apariției crizei, pot opri procesul care cauzează migrenele. Oprind acest proces, aceste medicamente ajută și la prevenirea simptomelor asociate migrenei: grețurile, sensibilitatea la lumină etc.

Medicamentele vasodilatatoare cerebrale

Încearcă să mențină un diametru suficient la nivelul vaselor cerebrale, fapt care ameliorează alimentarea creierului cu sânge.

Pot fi prevenite migrenele?

Da! Poți reduce frecvența lor, identificându-le la timp și apoi prevenind criza. În acest sens, iată câteva recomandări:

- Folosiți un jurnal care să conțină o evidență a frecvenței durerilor de cap și a felului în care se manifestă aceste dureri, identificându-se factorii care au dus la apariția lor.
- Amintindu-vă ce ați mâncat înainte de a avea dureri de cap, puteți identifica factorii chimici care au condus la apariția migrenelor și puteți să vă schimbați dieta, pentru a evita aceste dureri pe viitor.
- Un management corect al stresului împreună cu relaxarea pot preveni și reduce frecvența migrenelor.

- Femeile care suferă de migrene, de obicei atunci când sunt aproape de perioada menstruației, pot face terapie preventivă.
- Cei care suferă din cauza migrenelor par să aibă mai puține atacuri atunci când mănâncă regulat și se odihnesc regulat. Exercițiul fizic regulat, dar moderat, poate ajuta la prevenirea migrenelor.

5.2. SINCOPA

Sincopa, sau leșinul, reprezintă pierderea temporară a cunoștinței, asociată cu pierderea tonusului postural (capacitatea de a sta în picioare) și la care revenirea este totdeauna spontană. Ea este mai frecventă la tineri și este precedată de multe ori de senzația de slăbiciune, transpirații și senzația de greață. Uneori mai pot apărea căscat repetat (semn de hipoxie cerebrală) și tulburări de vedere.

Evenimentele care precipită producerea sincopei sunt durerea, stresul emoțional, vederea instrumentelor chirurgicale sau a seringilor, vederea sângelui. Foamea, aglomerația sau oboseala pot favoriza apariția sincopei.

După semnele premergătoare sincopei, persoana respectivă își pierde cunoștința, devine hipotensivă, iar frecvența cardiacă scade; dacă nu este sprijinită, persoana va cădea.

Recuperarea este relativ rapidă, spontană sau după aerisirea încăperii, desfacerea cămășii sau a cravatei de la gât și stropire cu apă rece pe față și pe gât. Nu necesită un tratament specific.

Evident că, dacă recuperarea nu se produce între treizeci de secunde și un minut, atunci pierderea cunoștinței are o altă cauză și este necesară începerea resuscitării cardio-respiratorii.

Sincopa adevărată trebuie diferențiată de căderile teatrale, care au întotdeauna un scop, se produc numai în public, prezintă rezistență la încercarea de deschidere a ochilor, iar pleoapele reacționează la cea mai mică atingere.

5.3. DURERILE DE SPATE

Durerile de spate afectează 60-80% din populația adultă și peste 50% dintre acești suferinzi au cel puțin un asemenea episod dureros într-un an. Această durere este una dintre primele zece cauze pentru care bolnavii se prezintă la medic. Între 5 și 10% dintre durerile acute devin în timp dureri cronice. Doar costurile medicale directe în SUA, provocate de durerile de spate, au atins, în 1990, suma de 24 de miliarde de dolari, fără a include aici costurile legate de absențele de la serviciu. Toate aceste cifre justifică tentativa noastră de a le reduce incidența.

Cele mai frecvente dureri de spate apar în regiunea lombosacrală a coloanei vertebrale.

Tipuri de dureri de spate

Se deosebesc două tipuri de dureri de spate:

1. Durerea acută

- Durează de la câteva zile până la cel mult 3 luni. Se consideră că durerile care țin până la 6 săptămâni sunt acute, iar cele care țin între 6 și 12 săptămâni sunt subacute.
- Poate fi ușoară, moderată sau severă ca intensitate.
- Este produsă, de cele mai multe ori, de un traumatism (fie unul grav, cum ar fi o căzătură, un accident auto, fie unul mai puțin grav, cum ar fi o simplă luxație, o întindere musculară sau o suprasolicitare a coloanei).

2. Durerea cronică

- Durează mai mult de 3 luni.
- Poate fi ușoară, moderată sau severă ca intensitate.
- Poate avea aceleași cauze ca și cea acută, dar simptomele devin mai stabile și mai persistente.
- Poate fi legată de alte boli, cum ar fi artrita severă, depresia etc.

Tratamentul durerii acute

Din fericire, cele mai multe dintre aceste dureri sunt din categoria celor acute (de scurtă durată) și se pot vindeca cu un tratament conservator (nechirurgical).

Sfaturile potrivite pentru acest tip de durere sunt următoarele:

- Rămâneți activ, dar evitați orice fel de activități care pot să crească sau să producă dureri de spate. Repausul la pat, de regulă, nu este recomandat.
- Puteți lua anumite medicamente care să reducă durerea și inflamația (cele mai nou-apărute evită efectele adverse ale medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene, folosite până de curând pe scară largă). Câteva sugestii: Vioxx (rofecoxibum), Celebrex, 1 cel mult 2 tb./zi.
- Faceți exerciții blânde de întindere și de consolidare atât a mușchilor spatelui, cât și a mușchilor abdominali.

Tratamentul durerii cronice

Tratamentul durerii cronice este mult mai dificil de făcut. Când această durere persistă de mai mult timp, incapacitatea de a face anumite activități, efectele adverse ale multor medicamente deja luate și deseori starea de sănătate generală nu foarte robustă au un efect negativ asupra calității vieții. În acest moment, este necesară de multe ori și asocierea unui tratament antidepresiv și anxiolitic.

Tratamentul chirurgical este util doar în cazuri confirmate de hernie de disc.

Metode de prevenire

- Utilizați o tehnică corectă de ridicare a greutăților (nu aplecându-vă din coloană, ci îndoind genunchii).
- Sprijiniți-vă spatele când stați pe un scaun.
- Încercați mai multe poziții de somn și alegeți-o pe cea care vi se potrivește cel mai bine.

- Faceți exerciții fizice menite să vă întărească musculatura spatelui, dar și a abdomenului.
- Mențineți-vă o greutate corporală potrivită. Orice adaos se va sprijini exact pe spatele dumneavoastră.
- Nu fumați! Fumatul crește riscul osteoporozei, iar nicotina interferează cu substanțele care hrănesc discul intervertebral, făcându-l astfel mai susceptibil la injurii.

5.4. EPILEPSIA

Epilepsia este o dereglare a sistemului nervos, care produce descărcări bruște și intense de activitate electrică în creier. Această activitate electrică anormală de la acest nivel se manifestă clinic prin convulsii care afectează controlul muscular, al mișcării, al vorbirii, al vederii sau chiar al cunoștinței. Persoanele cu epilepsie au convulsii repetate, care apar de-a lungul vieții și care, fără tratament corect, devin mai severe și mai frecvente în timp. Tratamentul implică, cel mai adesea, administrarea zilnică a unor medicamente specifice. Când medicația simplă nu controlează accesele unei persoane, trebuie să se încerce chirurgia, o dietă specială (dietă ketogenică), un dispozitiv de stimulare nervoasă sau o combinație a acestora.

Nu toți cei care au convulsii au și epilepsie. Uneori, accesele sunt rezultatul unui traumatism sau al unei agresiuni sau al altor boli, fără legătură cu epilepsia. În aceste cazuri, persoana nu mai are crize o dată ce a dispărut cauza care le provoca. Prin urmare, epilepsia este o dereglare cronică, pe termen lung, care cauzează crize convulsive repetate, în absența tratamentului și, uneori, chiar în ciuda tratamentului.

Deși epilepsia este uneori rezultatul altor boli, de cele mai multe ori, cauza este necunoscută. Epilepsia începe cel mai adesea în copilărie sau după vârsta de 60 de ani, deși se poate dezvolta la orice vârstă.

Tipuri de epilepsie

Sunt două tipuri de bază ale convulsiilor de natură epileptică:

- Convulsiile parțiale sau localizate încep într-un anume loc în creier. Ele pot afecta starea de conștiință sau doar o parte a corpului sau pot progresa și afecta tot corpul.
- Convulsiile generalizate încep pe toată suprafața creierului și pot afecta tot corpul. La cei care au convulsii generalizate, este imposibil să stabilești care este locul de unde pornește aceasta.

Diferențierea este însă importantă, întrucât convulsiile parțiale sunt tratate diferit de cele generalizate, tocmai această diferență fiind un factor-cheie în stabilirea unui tratament corect.

Sunt mai multe tipuri de epilepsie care pot cauza convulsii localizate sau generalizate. O clasificare este dificil de făcut. Diferitele tipuri pot avea mai mult decât o cauză, pot provoca mai mult decât un anume tip de convulsie și pot afecta diferite persoane în moduri diferite. Epilepsia care cauzează convulsii parțiale, de exemplu, poate lua mai multe forme – depinde de care parte a corpului a fost afectată.

Iată câteva tipuri de epilepsie cu convulsii:

- Epilepsia infantilă cu focar benign
- Absențele epileptice infantile și juvenile
- Spasmele infantile (sindromul West)
- Epilepsia mioclonică juvenilă
- Sindromul Lennox-Gastaut
- Epilepsia de lob temporal (cea mai comună formă de epilepsie la adulți)

Epilepsia nu este o formă de retardare mentală sau o boală mentală. Deși câteva forme de epilepsie infantilă sunt asociate cu inteligența sub-medie și probleme de dezvoltare fizică și mentală, epilepsia nu cauzează aceste probleme. Convulsiile pot părea

ciudate și pot speria, dar ele nu fac o persoană nebună, violentă sau periculoasă.

Epilepsia și convulsiile pe care aceasta le cauzează pot deranja independența unei persoane, respectul de sine și calitatea vieții. Unii oameni cu epilepsie pot avea greutate în obținerea carnetului de șofer. Pentru femeile cu epilepsie, sarcina poate fi mai complicată sau mai dificilă. Copiii cu epilepsie pot avea probleme la școală. Adulții cu epilepsie pot avea alegeri limitate în ceea ce privește cariera, deoarece ei nu pot face anumite lucruri. Copiii și adulții pot fi confrunțați cu discriminarea în școală, la lucru și în ce privește viața socială, din cauza concepțiilor greșite și a fricii vizavi de epilepsie.

Din fericire, tratamentul de astăzi, corect administrat, le permite bolnavilor să își controleze convulsiile și să facă față bolii.

Factorii care cresc riscul de a face epilepsie

Factorii care cresc riscul de a face epilepsie sunt următorii:

- un caz de epilepsie în familie;
- o rană serioasă la cap (o fractură de os sau o rană în profunzimea creierului), cu pierderea cunoștinței sau amnezie pentru mai mult de 24 de ore; cu cât mai gravă este rana, cu atât mai mare este riscul;
- o lovitură sau boli care să afecteze vasele de sânge din creier.
- tumoră cerebrală;
- infecție a creierului, cum este encefalita sau meningita;
- intoxicații voluntare sau involuntare cu plumb, alte toxice sau fum;
- probleme de dezvoltare a creierului înainte de naștere;
- consumul de alcool sau droguri pe o perioadă lungă de timp;
- convulsii febrile în copilărie;
- boala Alzheimer.

Epilepsia se poate însă dezvolta chiar dacă o persoană nu prezintă nici unul dintre factorii de risc enumerați mai sus. Aceasta este valabilă mai ales în multe forme de epilepsie infantilă.

Ce se poate face acasă?

Controlul deplin al convulsiilor presupune consecvență în urmarea tratamentului pe care medicul l-a prescris. Dacă folosești medicamente antiepileptice, trebuie să le iei exact așa cum au fost prescrise. Dacă medicamentele nu au reușit să controleze convulsiile, deseori este din cauza faptului că tratamentul nu a fost respectat. Să urmezi ritmul administrării medicației poate fi uneori dificil, mai ales pentru unele persoane mai puțin organizate.

Uneori, din greșeală sau din neglijență, se poate întâmpla să sari sau să uiți o doză. Medicamentele acestea trebuie să fie luate regulat. Pe de altă parte, să iei medicamente de două sau de trei ori pe zi poate fi neplăcut. În plus, efectele secundare ale medicamentelor antiepileptice te pot tenta să sari peste o doză pe ici pe colo.

Medicația antiepileptică va funcționa însă doar dacă nivelul eficient al medicamentului este menținut în corp. Medicul tău va face un program al tratamentului și al dozelor, pentru a menține nivelul potrivit de medicament în sânge. Lipsa unei doze poate da peste cap tot sistemul. Aceeași regulă este valabilă și dacă tu sau copilul sunteți pe dietă ketogenică. Această dietă este dificil de urmat, dar trebuie ținută întocmai.

Pe lângă tratament, încearcă să identifici și să eviți lucrurile care te pot determina să ai un episod convulsiv:

- somnul insuficient,
- consumul de droguri sau de alcool,
- stresul emoțional,
- hrană nesănătoasă.

Dacă, în ciuda tratamentului, continui să ai convulsii, ține o evidență a convulsiilor pe care le ai. Notează data, ora și orice

detaliu pe care ți-l amintești. Medicul va folosi informațiile pe care i le dai pentru a adapta tratamentul sau a-l schimba.

5.5. FERIȚI-VĂ DE ACCIDENTELE... VASCULARE CEREBRALE!

Accidentul vascular cerebral (AVC) este o boală gravă, în care se produce o întrerupere neașteptată a irigației cu sânge a unei părți a creierului. În lipsa sângelui proaspăt și, prin urmare, a oxigenului, celulele din creier vor suferi, gradul de suferință depinzând de mărimea și de localizarea zonei de creier care a fost afectată. Dacă în cazul altor organe o asemenea suferință este în mare parte reversibilă, în cazul creierului, privațiunea de oxigen de doar câteva minute duce la afectări definitive ale acestuia, mergând chiar până la deces. Spre exemplu, în urma unui accident vascular cerebral, pot apărea paralizia unei părți a corpului sau a ambelor părți, dificultăți în mers sau în efectuarea activităților cotidiene, cum ar fi alimentația, pierderea capacității de a vorbi sau de a înțelege ceea ce se vorbește.

Pentru a înțelege mai bine această boală, este interesant de știut că în SUA ea este considerată a treia cauză de deces la adulți, producând în același timp și cele mai multe handicapuri. După datele furnizate de *American Heart Association*, în această țară se produc anual 600.000 de accidente vasculare cerebrale, o treime dintre acestea fiind fatale. Practic, la fiecare 53 de secunde, cineva suferă un asemenea atac, iar la fiecare 3,3 minute, o persoană moare din această cauză. În fiecare an, SUA cheltuiește din cauza acestei boli, pentru îngrijiri medicale și recuperare, impresionanta sumă de 40 de miliarde de dolari.

Să ne închipuim că sângele circulă de la inimă spre creier printr-un tub cilindric, elastic, asemănător unui pai. Fluxul de sânge poate fi afectat în două moduri: printr-o obstrucție în interiorul tubului sau printr-o compresie din exteriorul acestuia. Astfel se produc cele două tipuri de accidente vasculare cerebrale: de tip ischemic și de tip hemoragic.

Accidentul vascular ischemic este cel mai frecvent (80% din cazuri) și se produce într-un mod asemănător infarctului miocardic, fiind favorizat de depozitele de grăsime de pe arterele cerebrale. Ateroscleroza este un factor predispozant prin faptul că cele mai multe tromboze se produc în regiunile arterei în care plăcile de grăsime bine dezvoltate afectează circulația normală a sângelui. Există însă și situații în care un cheag vine de la distanță și se oprește într-o arteră cerebrală (sunt așa-numitele *accidente vasculare embolice*). O formă particulară de accident vascular ischemic este așa-numitul *atac ischemic tranzitoriu*, care uneori (în 10% din cazuri) anunță un accident vascular în viitorul imediat. Simptomele lui dispar relativ repede (în câteva minute sau ore) prin dizolvarea cheagului mic, format la locul depozitului aterosclerotic arterial. El poate fi însă provocat și de o îngustare permanentă a diametrului arterial, situație care contribuie la recidiva atacului.

Accidentul vascular cerebral hemoragic este cel mai grav, dar, din fericire, mai puțin frecvent (20% din cazuri). El se produce prin ruptura unui vas de sânge din creier, ceea ce va produce atât privațiunea de sânge într-o anumită zonă, cât și o hemoragie locală, cu efect de compresie asupra creierului. Uneori, o asemenea hemoragie poate apărea în plină stare de sănătate prin ruperea unui așa-numit anevrism arterial cerebral. Anevrismul este o dilatație arterială – de obicei necunoscută, pe care o putem avea chiar de la naștere – al cărei perete, având o rezistență mai scăzută, la un efort sau o creștere a tensiunii arteriale, se poate rupe brusc, producând, de cele mai multe ori, o hemoragie extrem de gravă.

Poate fi prevenit accidentul vascular cerebral?

Probabilitatea unui accident vascular cerebral crește o dată cu vârsta, îndeosebi după 65 de ani. Incidența este mai crescută la bărbați, la cei care au mai avut în familie asemenea boli și la cei cu atacuri ischemice tranzitorii în antecedente. Patru din cinci

bolnavi cu accident vascular cerebral au avut asemenea atacuri înainte. De asemenea, riscul este mai mare la femeile care iau contraceptive și care, în același timp, fumează sau au migrene frecvente.

Există o serie de **semne** care trebuie să ne atragă atenția asupra unui iminent accident vascular cerebral. Acestea sunt:

- oboseala sau amortirea simțite la mână, la picior sau la mușchii feței, de obicei doar pe o singură parte;
- dificultate de a vorbi sau de a înțelege cuvintele, pierderea salivei prin colțul gurii;
- tulburări de vedere sau pete în câmpul vizual;
- mici pierderi de echilibru sau de precizie în efectuarea unor mișcări;
- senzația de amețelă sau leșin care se repetă;
- dureri de cap apărute brusc, inexplicabil;
- modificări ale personalității, ale comportamentului: iritabilitate, nerăbdare, suspiciune.

Dacă asemenea simptome apar la o vârstă încă tânără, de 30-40 de ani, se impune prezentarea de îndată la un medic specialist.

Există însă o serie de factori care sunt implicați în producerea accidentelor vasculare cerebrale și care pot fi influențați printr-un stil de viață adecvat. Acești factori sunt:

- Hipertensiunea arterială suprasolicită peretele arterelor, situație care, în timp, duce la slăbirea rezistenței acestora.
- Fumatul, prin substanțele chimice ale fumului de țigară, afectează proprietățile sângelui, făcându-l mai predispus la formarea de cheaguri. Nicotina face vasele de sânge mai predispuse spre ateroscleroză.
- Nivelul crescut de colesterol în sânge duce la acumularea colesterolului în pereții arteriali, accelerând progresia aterosclerozei.

Există însă și o veste bună, și anume că, abandonând fumatul, controlând hipertensiunea arterială prin dietă și tratament adecvat, consumând alimente sărace în grăsimi și devenind activi din punct de vedere fizic, avem toate șansele de a reduce semnificativ riscul de a face această boală.

5.6. TUMORILE CEREBRALE MALIGNE

Tumorile cerebrale maligne reprezintă o categorie de boli canceroase, în care celulele canceroase (maligne) încep să se dezvolte haotic în țesuturile creierului. Tumorile cerebrale pot fi *tumori primare* (care și-au început dezvoltarea la acest nivel) și *tumori secundare* (care reprezintă metastazarea unei tumori situate altundeva în organism).

Simptomele unei tumori cerebrale sunt extrem de variabile și sunt determinate de locul de pe creier de unde pornesc. Oricum, la apariția durerilor de cap, asociate cu vărsături, dificultăți la mers sau în vorbire, se impune consultul unui medic neurolog.

Diagnosticul de certitudine este pus de examinarea computer tomografică (CT) sau cu rezonanță magnetică nucleară (RMN). Aceste examinări realizează o imagine a creierului pe care se poate identifica orice modificare.

Șansa de recuperare (prognosticul) și alegerea tratamentului depind de tipul tumorii și de starea generală de sănătate a pacientului.

Posibilități de tratament

Sunt folosite trei tipuri de tratament:

- Intervenția chirurgicală
- Radioterapia
- Chimioterapie
- Terapia biologică

Intervenția chirurgicală este tratamentul cel mai comun în cazul tumorilor cerebrale. Pentru a extirpa tumora de pe creier, neurochirurgul va decupa o parte din osul craniului, pentru a avea acces la creier. Această operație poartă numele de craniotomie. După ce înlătură tumora, osul va fi pus la loc, el sudându-se într-un timp destul de scurt.

Radioterapia utilizează raze X produse de un aparat numit accelerator liniar de particule sau un aparat care utilizează cobalt pentru a omorî celulele canceroase. Iradierea se face din afară și scopul ei este să micșoreze tumora (radioterapia cu radiații externe). Radioterapia poate fi utilizată, de asemenea, prin introducerea de materiale care produc radiații (radioizotopii) cu ajutorul unor tuburi minuscule de plastic, direct în tumoră, pentru a distruge celulele canceroase din interior (radioterapia internă).

Chimioterapia utilizează medicamente pentru a distruge celulele canceroase, administrate de regulă pe cale parenterală (injecții, perfuzii). De aceea, ea se încadrează în categoria tratamentelor sistemice, medicamentul intrând în fluxul sangvin, străbătând întregul organism și apoi distrugând celulele canceroase.

Terapia biologică folosește stimularea sistemului imunitar, pentru a lupta împotriva cancerului. Această terapie utilizează substanțe sintetizate de organism sau în laborator, pentru a îmbunătăți, direcționa sau restaura apărarea naturală a corpului împotriva bolilor. Terapia biologică este uneori numită terapie de modificare a răspunsului sau imunoterapie.

5.7. INSOMNIILE

Probabil că oricine a avut măcar o dată în viață o noapte rea, de somn, în care s-a învârtit pe toate părțile fără să poată adormi. Lătratul câinilor, șuieratul vântului, o cină luată prea târziu și foarte consistentă, toate acestea și multe altele pot cauza probleme de somn ocazionale. Se estimează că 35% dintre adulți au din când în când probleme de somn. Termenul pe care îl folosim în asemenea circumstanțe este acela de insomnie. Din punct de vedere medical, insomnia reprezintă existența unor dificultăți de adormire, atunci când îți ia mai mult de 45 de minute ca să adormi.

Există însă și alte tulburări ale somnului, înrudite între ele:

- treziri frecvente și imposibilitatea de a adormi la loc;
- trezirea dimineața devreme;
- senzația de oboseală după o noapte de somn.

Totuși, nici una dintre acestea nu este o problemă adevărată decât dacă simțiți permanent o stare de oboseală. Dacă sunteți mai somnoros dimineața, dacă vă treziți prea devreme, dar sunteți totuși odihnit și plin de viață, nu trebuie să vă îngrijorați.

Din fericire, există o serie de măsuri care pot fi aplicate la domiciliu și sunt foarte simple și eficiente pentru a scăpa de insomnii. Insomnia ocazională poate fi cauzată de zgomote, de temperaturi extreme sau de schimbări ale mediului în care dormiți. O asemenea insomnie este posibil să dispară când cauza dispare. Când însă o problemă de somn sau lipsa timpului pentru somn vă împiedică să aveți o noapte bună de somn, o stare excesivă de somnolență poate apărea în timpul zilei. O asemenea somnolență, la rândul ei, poate avea consecințe grave, cum ar fi accidente auto, muncă inefficientă, performanțe slabe la școală și accidente la locul de muncă.

Insomnia poate fi însă și un simptom al unor probleme mai grave de sănătate fizică sau mintală. Tratarea insomniei fără a căuta cauza poate ascunde adevăratul motiv al problemelor de somn.

Insomniile apărute pe un interval de timp mai scurt (care pot dura de la câteva nopți la câteva săptămâni) pot fi cauzate de îngrijorare în legătură cu o situație stresantă sau de o indispoziție trecătoare. Insomnia persistentă pe un termen lung (care poate dura luni sau chiar ani) este cauzată adesea de o anxietate cronică, de consumul unor anumite medicamente, de o durere cronică, de depresie sau de alte probleme fizice, cum sunt astmul sau boli ale arterelor coronare.

O situație mai specială este așa-numita *apneea* (oprire a respirației) care apare în timpul somnului. Ea este de obicei cauzată de un blocaj, în nas, gură sau gât, al căilor respiratorii superioare. Când aerul din nas și din gură este blocat, respirația se poate opri pentru 10 secunde sau chiar mai mult. De obicei, oamenii care au apnee în somn sforăie tare și sunt foarte obosiți în timpul zilei. Boala poate afecta atât copiii, cât și adulții.

Probabil că v-ați întrebat uneori de cât de mult somn are nevoie o persoană. Timpul necesar de somn variază de la om la om. Numărul de ore dormite nu este așa de important; important este cum vă simțiți când vă treziți. Dacă nu vă simțiți odihnit, probabil aveți nevoie de mai mult somn. Dacă vă simțiți obosit în timpul zilei, este un alt semn că nu dormiți destul. Media duratei somnului ar trebui să fie de 7,5-8 ore pe zi. De cele mai multe ori, simpla eliminare a indispoziției sau a stresului vă poate ajuta să dormiți atât cât vă este necesar.

Ce puteți face?

Câteva sugestii suplimentare:

- Faceți exerciții fizice în timpul zilei.
- Evitați exercițiile extenuante cu două ore înainte de culcare.
- Odihniți-vă spre seară. Nu rezolvați atunci problemele dificile.
- Păstrați-vă dormitorul întunecat, la o temperatură potrivită (nici prea caldă, nici prea rece) și liniștit.
- Mutați lucrurile care v-ar putea distra, cum ar fi ceasul, telefonul sau radioul.

- Încercați să folosiți noaptea o mască de somn (care să acopere ochii) și dopuri de urechi.
- Dacă luați medicamente care pot fi stimulatoare: antihistaminice, decongestive sau medicamente pentru astm, luați-le cu cât mai mult timp posibil înainte de culcare.
- Păstrați destinația dormitorului doar pentru somn și pentru activități asociate cu somnul. Mergeți în altă cameră pentru a citi, pentru a vă uita la TV sau pentru a mânca.
- După ce v-ați pus în pat, faceți un efort conștient pentru a vă relaxa mușchii. Imaginați-vă într-o scenă liniștită și plăcută.

Când nu puteți să adormiți, încercați următoarele:

- Dacă sunteți încă treaz după 15-20 de minute, ridicați-vă și citiți în lumină difuză sau faceți ceva plictisitor până simțiți că vă vine somnul.
- Nu rămâneți întins în pat, gândindu-vă la cât somn pierdeți.
- Nu vă apucați să vă uitați la TV.
- Dacă aveți câteva nopți cu dificultăți de a adormi, revedeți toate medicamentele pe care le luați. Poate că unele dintre ele pot fi cauza insomniei.

Ce trebuie să evitați?

Evitați activitățile care vă pot împiedica să aveți un somn bun. Încercați să le evitați:

- Nu dormiți în timpul zilei (valabil pentru adulți), în special seara.
- Nu beți băuturi care conțin cafeină, mai ales după ora 15:00 (cafea, cola, ceai).
- Evitați alcoolul! Vă poate face să vă simțiți somnoros, dar probabil vă va trezi după un scurt timp.
- Folosiți medicamente pentru somn în mod judicios, numai dacă este absolut necesar și pentru o perioadă scurtă de timp. Acestea pot cauza confuzie în timpul zilei și tulburări de memorie.

Folosirea continuă a somniferelor pot crește perioadele de insomnie.

Rolul dietei în controlul insomniilor

Toate băuturile cu conținut de cafeină (cafeaua, băuturile cola) produc insomnie și de aceea trebuie eliminate din alimentație. Efect excitant asupra sistemului nervos au și condimentele și produsele rafinate din zahăr. Acestea din urmă produc insomnii prin creșterea secundară a concentrației zahărului în sânge, dar efect asemănător îl are și hipoglicemia. De asemenea, glutamatul monosodic, aflat în multe preparate alimentare, afectează somnul.

Supraalimentația, mai ales seara, obiceiul de a mânca repede și mestecând puțin, precum și mâncărurile grase, făina albă, excesul de sare, conservanții chimici și alimentele potențial alergene sunt alte cauze care pot afecta un somn odihnitor. De aceea, folosirea alimentelor proaspete, evitându-le pe cele semipreparate, poate fi folositoare.

Adresați-vă unui medic dacă:

- problemele de somn pe care le aveți devin neplăcute;
- insomnia durează mai mult de patru săptămâni;
- simptomele au devenit mai severe sau mai frecvente.

5.8. DUREREA DE... SUFLET! ÎNVINS SAU ÎNVINGĂTOR? SINDROMUL DE STRES POSTTRAUMATIC

Deși în România nu există, în practica medicală, un diagnostic de tipul sindromului de stres posttraumatic (numit în literatura medicală *Posttraumatic Stress Disorder*), sub alte forme care nu ajung de multe ori nici să fie diagnosticate de psihiatru, boala există lângă noi sau în noi. Se estimează că peste 70% din populație a avut în viață măcar o traumă psihică severă (produsă de pierderea cuiva foarte drag, o dezamăgire majoră cu repercusiuni psihice imediate etc.). O mare parte dintre aceștia au suferit de o serie de

reacții emoționale severe, care de fapt se încadrează în grupa stresului posttraumatic. În SUA, se apreciază că 5% din populație suferă de această boală și 8% a avut-o cândva, de-a lungul vieții. La femei, boala se întâlnește de două ori mai frecvent decât la bărbați.

Pentru a putea vorbi de această boală, este necesar ca bolnavul să fie expus timp de cel puțin o lună la un agent stresor extrem. Iată câteva exemple de asemenea agenți:

- un accident serios sau un dezastru natural;
- o agresiune criminală sau un viol;
- participare la un război în regim de combatant;
- abuz sexual sau fizic la un copil sau părăsirea acestuia de către părinți;
- martor la un accident impresionant;
- moartea neașteptată a cuiva foarte drag.

Există și o serie de alți agenți stresori care, deși sunt severi (de exemplu: pierderea serviciului, divorțul, insuccesul la un examen, moartea unui părinte în vârstă), nu pot fi totuși încadrați în categoria agenților stresori severi și, prin urmare, nu produc, de regulă, boala despre care vorbim.

Cum se manifestă boala?

O persoană cu stres posttraumatic prezintă următoarele simptome:

- retrăirea repetată a evenimentului traumatic inițial: prin amintirea nedorită a evenimentului sub formă de secvențe, prin coșmaruri și prin reacții exagerate, fizice sau emoționale, la persoane sau locuri legate de evenimentul inițial;
- lipsa de reacție la ceea ce se întâmplă în jur, manifestată prin evitarea oricărei activități, pierderea interesului pentru ceea ce este în jur;

- tulburări ale somnului;
- iritabilitate sau accese de mânie;
- dificultate de concentrare.

Toate aceste simptome se pot manifesta împreună sau sub forma unor reacții specifice, cum ar fi:

- atacul de panică – apare atunci când ceva sau cineva îi reamintește pacientului trauma prin care a trecut (spre exemplu, întâlnirea cu o persoană care seamănă cu violatorul, călătoria cu o mașină identică celei care a fost implicată în accident etc.); atacul se manifestă sub forma unui acces de teamă teribilă, însoțită, de regulă, de manifestări fizice sau psihice;
- evitarea premeditată a oricărei situații cotidiene, care ar putea să-i reamintească de trauma anterioară;
- depresia – manifestată prin dispariția oricărui interes sau plăcere de a face anumite lucruri, altădată agreate; ea poate duce și la sentimente nejustificate de vinovăție sau la autoblamare;
- gânduri suicidare, ca formă mai gravă a depresiei; studiile arată că peste 50% dintre victimele violurilor au avut în minte gândul sinuciderii;
- utilizarea de substanțe de tipul drogurilor, alcoolului, ca o metodă de diminuare a durerii; aceasta determină o agravare a situației deja existente și face tratamentul psihiatric mult mai dificil;
- sentimentul de singurătate, de izolare, provocat de convingerea că ceilalți nu sunt în stare să-l înțeleagă și să-l ajute, situație care poate produce disfuncții sociale;
- apariția de idei sau de percepții anormale (convingerea de posibilitatea de a comunica cu cel drag, decedat), iluzii, halucinații.

Se consideră că, dacă simptomele durează mai puțin de o lună, nu putem vorbi de sindromul de stres posttraumatic, ci doar de un

sindrom de stres acut, dar acesta crește riscul de a dezvolta mai târziu sindromul de stres posttraumatic. Dacă simptomele durează mai mult de trei luni, vorbim deja de un sindrom cronic de stres, iar dacă acestea apar după câteva luni sau chiar după un an de la traumă, vorbim despre un sindrom întârziat.

Tratamentul sindromului de stres posttraumatic

Există două tipuri de tratament: psihoterapia și tratamentul medicamentos.

Psihoterapia, ca singură metodă de tratament, poate fi utilă în următoarele situații: simptomele sunt de gravitate medie, există o sarcină în evoluție sau bolnava alăptează concomitent, bolnavul refuză să ia medicamente sau ia alte medicamente care pot interfera negativ cu cele specifice acestei boli.

Pe de altă parte, este necesar tratamentul medicamentos dacă: simptomele sunt grave sau durează de mai mult timp, dacă există concomitent și alte boli psihice, dacă se asociază gânduri de sinucidere sau dacă psihoterapia singură s-a dovedit a fi ineficientă.

Psihoterapia este o metodă terapeutică delicată, care trebuie bine condusă. În linii mari, într-o asemenea situație, ea se orientează spre trei direcții: managementul anxietății, terapia cognitivă și terapia de abandonare. La copii, se poate asocia și terapia prin joacă.

Tratamentul medicamentos este de stricta competență a medicului psihiatru. El include tipuri diferite de medicamente antidepressive.

Poate fi prevenit sindromul de stres posttraumatic? Ce pot face?

De regulă, oamenii au o tendință naturală de a evita interiorizarea durerii, pentru că este dureros și chinuitor să stai permanent în legătură cu o memorie traumatizată. Dacă încercăm să împingem memoria unei traume înainte și să o menținem actuală, simptomele acestui sindrom pot apărea și pot rămâne o lungă perioadă de timp.

De aceea este important să priviți frontal aceste situații, să le stați în față, să acceptați sentimentele pe care le produc, dar să lucrați cu ele. În asemenea situații, căutați persoane cu care să comunicați, cu care puteți povesti ceea ce vi s-a întâmplat.

- Citiți despre această boală toate informațiile pe care le aveți la îndemână.
- Vorbiți cu alții despre problema dumneavoastră.
- Căutați sfatul unui specialist.
- Nu renunțați la tratamentul prescris și, mai ales,
- Nu vă pierdeți speranța!

Pentru că sindromul de stres posttraumatic, pe cât este de dureros și de neplăcut, pe atât este – din fericire – de vindecabil.

PROBLEME METABOLICE

6.1. HIPOGLICEMIA

Ce face zahărul în organism?

Glucosa, un tip de zahăr, este sursa principală de energie a organismului. Cea mai comună sursă de glucoză este digestia zaharurilor și carbohidraților care se găsesc în fructe, vegetale și multe alte mâncăruri. În timpul digestiei glucoza este absorbită în sânge, care o transportă la celule în tot corpul. Glucoza care nu este folosită imediat este depozitată în ficat sub forma unor lanțuri de molecule, numite glicogen.

Nivelul zahărului din sânge este atent controlat, pentru a se păstra într-o gamă mai restrânsă, pentru a satisface nevoile celulelor corpului. Hormonii – insulina primară și glucagonul – controlează cantitatea de glucoză din sânge. Insulina și glucagonul sunt produși în pancreas, o glandă mare, aflată în abdomenul superior. Alți hormoni implicați în controlul nivelului zahărului din sânge sunt: cortizolul, epinefrina și hormonii de creștere, care sunt produși de alte glande din sistemul endocrin, cum sunt glandele suprarenale. Acești hormoni controlează și alte funcții ale corpului.

Nivelul acestor hormoni crește și scade, pentru a păstra nivelul zahărului din sânge în limite normale – *euglicemia*. Un nivel în

sânge prea redus sau prea ridicat din acești hormoni poate determina nivelul zahărului din sânge să scadă prea mult – hipoglicemia – sau să crească prea mult – hiperglicemia.

În mod normal, nivelul zahărului din sânge crește ușor după fiecare masă. Când zahărul din sânge crește, pancreasul eliberează insulină. Insulina stimulează celulele corpului pentru a absorbi glucoza din sânge și nivelul zahărului din sânge scade înapoi la normal. Când scade prea mult, cantitatea de insulină eliberată scade, iar alte celule din pancreas eliberează glucagon. Glucagonul stimulează ficatul pentru a transforma glicogenul înmagazinat înapoi în glucoză și o eliberează în sânge. Aceasta aduce nivelul zahărului din sânge înapoi la normal.

Cauze ale hipoglicemiei

Hipoglicemia este adesea văzută ca o complicație a tratamentului pentru diabet (hipoglicemie diabetică). O persoană cu diabet poate dezvolta hipoglicemie, dacă ia prea multă insulină sau anumite medicamente hipoglicemiante.

Hipoglicemia poate rezulta dintr-o mulțime de alte cauze, dar acestea sunt mai puțin întâlnite decât diabetul. Alte posibile cauze de hipoglicemie includ:

- **Droguri și medicamente.** Anumite medicamente folosite la tratarea altor afecțiuni decât diabet pot cauza hipoglicemie și să îi ascundă simptomele.
- **Insulină în exces – hiperinsulinism.** Excesul de insulină în corp poate fi produs de tumori în pancreas, care produc insulină, anumite afecțiuni ale pancreasului sau boli autoimune, care afectează acțiunea insulinei în corp. Aceste afecțiuni sunt rare.
- **Hipoglicemia artificială.** Hipoglicemia poate fi cauzată intenționat de folosirea nepotrivită a insulinei și a drogurilor. Aceasta se observă mai des la persoanele care lucrează în sănătate, la cei cu diabet sau la rudele lor. Motivele pentru hipoglicemia autoindusă variază și pot fi asociate cu probleme psihiatrice sau nevoie de atenție, ca în Sindromul Munchausen.

- **Probleme metabolice genetice.** În cazuri mai rare, hipoglicemia poate fi cauzată de deficiențe enzimatice și hormonale genetice, moștenite, în special cele care afectează metabolismul zaharurilor și al altor carbohidrați. Aceste afecțiuni sunt adesea detectate în copilărie și exemple ar fi galactosemia, intoleranță ereditară la fructoză și boli cauzate de depozitul de glicogen.
- **Alte boli sau probleme de sănătate.** Hipoglicemia poate apărea când alte boli sau afecțiuni afectează metabolismul zahărului în corp. Acestea pot include afecțiuni ale pancreasului și sistemului endocrin, boli ale ficatului și ale rinichilor; insuficiență cardiacă congestivă, care poate afecta funcția ficatului, infecțiile grave, generalizate.
- **Alcoolul.** La unele persoane, alcoolul poate cauza scăderea nivelului de zahăr în sânge și hipoglicemia a fost asociată cu alcoolismul cronic. Hipoglicemia asociată cu băutul de alcool poate fi foarte severă, dacă persoana nu a mâncat timp de șase ore, deoarece postul poate descompleta cantitatea de glucoză din ficat, și alcoolul poate afecta capacitatea ficatului de a face glucoză nouă. Persoana poate intra în comă, care poate fi fatală.
- **Hipoglicemia alimentară.** Hipoglicemia care apare la 1-2 ore după masă este uneori asociată cu golirea rapidă a stomacului prin trecerea conținutului acestuia în intestine; aceasta cauzează absorbția rapidă a glucozei în sânge și o supraproducție de insulină – hiperinsulinism, ca răspuns. Această problemă a golirii rapide poate apărea după operații la stomac pentru ulcer peptic sau alte probleme.
- **Hipoglicemia reactivă spontană.** Simptomele de hipoglicemie la 1-2 ore după masă la oamenii care nu au avut operații la stomac se numește hipoglicemie reactivă spontană sau hipoglicemie idiopatică. În multe cazuri, este dificil să verifici dacă simptomele se datorează zahărului scăzut în sânge. Adesea, testarea arată un nivel normal de zahăr în sânge și nu indică alte boli.

- **Alte cauze.** Hipoglicemia mai poate apărea, deși mai rar, în anumite condiții în timpul sarcinii, în faza timpurie, sau după post prelungit sau mese sărite, malnutriție severă sau exercițiu fizic extenuant, prelungit, cum ar fi un maraton. Poate apărea și la nou-născuții cu greutate prea mică sau la cei a căror mamă a fost tratată de diabet de tip 1 sau gestațional în timpul sarcinii.

Simptome

Hipoglicemia nu este o boală în sine, ci o afecțiune care apare datorită nivelului scăzut de zahăr din sânge. Simptomele nu sunt unice sau specifice hipoglicemiei, alte boli putând avea simptome similare sau identice. Simptomele pe care o persoană le are pot varia de la episod la episod și de la un individ la altul.

Hipoglicemia poate fi ușoară, moderată sau severă. Simptome din ce în ce mai severe apar pe măsură ce scade nivelul glucozei din sânge. Cel mai important simptom este efectul hipoglicemiei asupra creierului și sistemului nervos.

Hipoglicemia ușoară

Simptomele inițiale apar când corpul răspunde la scăderea nivelului de zahăr, eliberând glucagon, epinefrină și alți hormoni. La indivizii normali, nivelul glucozei în timpul postului este între 70-150 mg/dl. Simptomele hipoglicemiei ușoare apar de obicei când zahărul din sânge scade sub 60-65 mg/dl. Acestea pot include:

- greață, foame extremă;
- stare de nervozitate sau agitație;
- piele rece, lipicioasă și umedă, transpirație excesivă, care nu este cauzată de mișcare;
- tahicardie;
- amorțiri sau furnicături ale degetelor sau buzelor;
- tremurat.

Hipoglicemia moderată

Dacă nivelul zahărului continuă să scadă, lipsa de glucoză adecvată începe să afecteze creierul și întreg sistemul nervos. Simptomele adiționale pot să afecteze comportamentul și judecata. De obicei, simptomele se dezvoltă când nivelul zahărului scade sub 50 mg/dl. Acestea includ:

- schimbări de stare: iritabilitate, anxietate, neliniște sau furie;
- confuzie, dificultăți de gândire sau incapacitatea de concentrație;
- vedere neclară, amețală, dureri de cap;
- lipsa coordonării;
- vorbire și mers dificile;
- oboseală, letargie și toropeală.

Atenție! O persoană cu hipoglicemie moderată poate fi prea slăbită sau confuză pentru a-și trata singură zahărul scăzut din sânge și poate avea nevoie de ajutor.

Hipoglicemia severă

Simptomele hipoglicemiei severe se dezvoltă când zahărul scade sub 30 mg/dl. Simptomele pot include:

- convulsii,
- pierderea cunoștinței, comă;
- hipotermie.

Hipoglicemia severă prelungită poate cauza afecțiuni ireversibile ale creierului. Dacă tratamentul medical de urgență nu se asigură, hipoglicemia severă poate fi fatală.

Datele prezentate aici pentru nivelul zahărului din sânge sunt date standard. Totuși măsurătorile actuale pentru nivelul normal al zahărului și pentru hipoglicemia ușoară, moderată și severă pot varia de la o persoană la alta. În unele cazuri, simptomele pot apărea și când o persoană face o scădere rapidă de la un nivel ridicat la unul normal.

Tratament

Simptomele imediate ale hipoglicemiei pot fi tratate relativ ușor. În cazul reapariției simptomelor datorită unei boli cronice, tratamentul complet necesită identificarea și tratamentul afecțiunii care cauzează hipoglicemia.

Nu toate cauzele hipoglicemiei sunt cronice. Cauza poate fi accidentală și atunci este ușor identificată, cum ar fi postul prelungit sau exercițiul fizic extenuant, fără mâncare adecvată.

Tratamentul hipoglicemiei acute

Dacă persoana este conștientă și capabilă să reacționeze, simplul fapt de a bea sau a mânca ceva dulce (sucuri de fructe sau acidulate nedietetice, bomboane etc.) aduce o ameliorare rapidă a simptomelor.

Dacă dulciurile nu ajută la refacere în câteva minute sau dacă persoana este deja inconștientă, este necesar ajutorul medical de urgență. Tratamentul imediat include adesea injectarea unei doze concentrate de glucoză direct în sânge. În alte cazuri, injectarea de glucagon va stimula eliberarea glucozei stocate în ficat în fluxul sanguin.

Cazurile severe de hipoglicemie pot necesita spitalizare și persoanei i se va administra suplimentar glucoză intravenos, pentru o perioadă mai lungă (poate zile), până când nivelul zahărului este stabil și în limite normale. Pentru hipoglicemia severă prelungită, poate fi necesar tratament suplimentar, dacă au apărut edeme cerebrale sau alte complicații.

Tratamentul hipoglicemiei cronice

După ce persoana și-a revenit în urma simptomelor acute, tratamentul se concentrează pe identificarea și tratarea cauzelor de bază ale hipoglicemiei. Tratamentul depinde de cauze. În multe situații, o dată ce cauza a fost identificată, noi episoade de hipoglicemie pot fi evitate. În aceste cazuri, cauza poate fi o afecțiune ce poate fi evitată sau vindecată.

Când hipoglicemia are cauze pe termen scurt, ca postul sau exercițiul fizic extenuant, tratamentul nu mai este necesar. Persoana poate avea nevoie să discute cu medicul despre evitarea situațiilor care conduc la hipoglicemie. În situațiile în care medicamentele cauzează hipoglicemia, acestea nu se vor mai lua sau se va schimba modul de utilizare.

Alte cazuri de hipoglicemie pot avea o cauză pe termen lung, dar una care poate fi vindecată. Dacă este cauzată de unele afecțiuni endocrine sau de boli ale ficatului și pancreasului, hipoglicemia este prevenită dacă sunt tratate acele boli. Problemele de stomac ce cauzează hipoglicemii pot avea nevoie de operație pentru o vindecare completă. Tratamentul efectiv pe termen lung al unei tumori ce produce insulină din pancreas – insulinom – necesită localizarea tumorii și scoaterea ei prin operație. În unele cazuri, tratamentul cu medicamente poate preveni creșterea tumorii și eliberarea de insulină.

În cazurile în care hipoglicemia are cauze cronice care nu sunt tratabile, tratamentul afecțiunii poate adesea să ajute la evitarea episoadelor de hipoglicemie. O persoană care face un anumit tratament sau care are diabet poate lua măsuri împotriva apariției hipoglicemiei.

Persoanele cu hipoglicemie își pot modifica dieta – ce, când și cât mănâncă –, pot schimba dozajul și tipul medicamentelor și pot schimba nivelul de dificultate al activității fizice depuse. Acest tip de control este cel mai obișnuit la oamenii cu diabet, afecțiuni cronice care au nevoie de un tratament îndelungat – boli de ficat, insuficiență renală, probleme endocrine și deficiențe enzimatică și hormonale genetice. Poate fi de asemenea util în bolile provocate de alcool.

Tratamentul la domiciliu

Persoanele cu risc crescut de a face hipoglicemie trebuie să fie conștienți de afecțiunile sau situațiile care duc la episoade de hipoglicemie și cum să le trateze când apar. De asemenea, având grijă de sănătate și de stilul de viață, pot preveni hipoglicemia.

De asemenea, ele trebuie să fie conștiente de simptomele precocce ale nivelului scăzut de zahăr din sânge. Ele pot învăța să recunoască aceste simptome și, când se întâmplă, trebuie imediat să bea suc sau să mănânce dulciuri.

Deoarece o persoană poate să nu funcționeze corect mental în timpul unui episod de hipoglicemie, celelalte rude ar trebui să învețe să recunoască simptomele hipoglicemiei. În situațiile în care este un risc crescut de hipoglicemie severă, rudele ar trebui să învețe să dea ajutor de urgență.

6.2. DIABETUL – SE POATE TRĂI ÎMPREUNĂ CU EL?

Diabetul este o boală a pancreasului (organ situat în spatele stomacului) care eliberează un hormon numit *insulină*. Acest hormon ajută organismul să stocheze și să utilizeze zahărul și grăsimea din ceea ce mâncăm.

Diabetul apare atunci când pancreasul nu produce insulină sau produce o cantitate mică sau atunci când organismul nu răspunde la producerea de insulină (așa-numita *rezistență la insulină*).

Diabetul este o boală care rămâne pentru toată viața și pentru care încă nu există un tratament care să-l vindece. De aceea, cei care au această boală trebuie să învețe cum să trăiască cu ea.

De câte feluri este diabetul?

Există un diabet de tip I, care apare din cauza faptului că anumite celule ale pancreasului nu mai secretă insulină. În organismul acestor bolnavi nu se produce insulină sau se produce o cantitate insuficientă. Insulina necesară este adusă în organism prin injectarea de insulină. Distrugerea acelor celule apare într-o perioadă destul de lungă (chiar ani), iar diabetul apare mai des sub 20 de ani, deși poate apărea la orice vârstă.

Diabetul de tip II este o boală în care pancreasul încă funcționează, dar nu produce suficientă insulină pentru organism sau aceasta nu este eficient folosită. În astfel de situații, glucoza nu poate fi folosită de către celulele organismului.

Această formă de diabet este cea mai frecventă. Ea apare de obicei peste 40 de ani, mai ales la persoanele supraponderale. Unii își pot controla diabetul de tip II doar prin controlul greutății, al dietei și prin exercițiu fizic. Alții însă au nevoie de tablete antidiabetice ajutătoare.

Care sunt simptomele diabetului?

Simptomele diabetului de tip I sunt:

- senzație de sete;
- senzație de foame, îndeosebi după servirea mesei;
- senzație de gură uscată;
- urinare frecventă;
- pierdere inexplicabilă în greutate, deși bolnavul mănâncă mult și are poftă de mâncare;
- oboseală, stare de slăbiciune;
- vedere încețoșată;
- furnicături sau amorțeli la nivelul mâinilor sau picioarelor;
- rareori, pierderea cunoștinței.

Simptomele diabetului de tip II sunt asemănătoare, dar se dezvoltă mai încet. La cele de mai sus se mai pot adăuga:

- vindecare mai înceată a plăgilor sau a tăieturilor;
- mâncărimi ale pielii, îndeosebi în zona vaginală sau inghinală.

Care sunt factorii de risc pentru diabet?

Deși cauzele diabetului sunt necunoscute, există o serie de factori de risc a căror prezență crește „șansa” de a face diabet. Aceștia sunt:

- Diabet în familie. Dacă un părinte, un frate sau o soră are diabet, riscul dumneavoastră de a face diabet este crescut.
- Rasa. Diabetul este mai frecvent întâlnit la hispanici, la afro-americiani, la asiatici și la americanii nativi.

- Greutatea ponderală în exces. Dacă aveți o greutate mai mare cu 20% față de cea normală, riscul de a dezvolta diabet este mai mare.
- Hipertensiunea arterială.
- Nivelul anormal al colesterolului HDL (colesterolul „bun”) sub 35 mg/dl și trigliceridele peste 250 mg/dl sunt factori suplimentari de risc.
- Vârsta. Riscul de a face diabet crește progresiv cu vârsta.
- Utilizarea anumitor medicamente: tiazidele folosite ca diuretice în tratamentul hipertensiunii arteriale, steroizii, cum ar fi *Prednisonul* sau *Dexametazona*, *Hidantoina*, *Ciclosporina* etc.
- Folosirea alcoolului.
- Fumatul.
- Existența unui diabet de-a lungul sarcinii (așa-numitul *diabet gestațional*).
- Boli autoimune, virusuri etc.

Cum pot trăi mai bine împreună cu diabetul?

Pentru că nu există un tratament vindecător al diabetului, este important să adoptați un anumit stil de viață care vă poate face să trăiți confortabil și fără complicații. Iată câteva sugestii:

- Faceți-vă un plan privitor la ceea ce mâncați. Sfătuiți-vă cu un specialist în dietoterapie măcar o dată pe an.
- Faceți exerciții fizice cel puțin de 3-4 ori pe săptămână, câte 20-40 de minute. Înainte însă de a le începe, cereți sfatul medicului dumneavoastră.
- Urmați cu exactitate tratamentul prescris de medicul specialist în diabet.
- Informați-vă în ceea ce privește medicamentele pe care le luați (denumirea substanței pe care o conține, denumirea comercială) și cum acționează acestea.

- Verificați-vă în mod regulat nivelul glucozei din sânge, și nu doar atunci când vă simțiți rău.
- Încercați să vă mențineți nivelul glucozei din sânge în limite normale (80-120 mg/dl). Dacă glicemia este mai mică de 70 mg/dl de mai multe ori într-o săptămână, revedeți împreună cu medicul specialist doza de antidiabetice pe care le luați zilnic. Procedați la fel și dacă nivelul glicemiei este peste 160 mg/dl mai mult de o săptămână sau dacă aveți două valori consecutive peste 300 mg/dl.
- Păstrați-vă rezultatele glicemiilor într-un carnetel special, pe care să-l luați cu dumneavoastră ori de câte ori mergeți la medic.
- Programați-vă pentru consultație cel puțin o dată la trei luni, dacă nu aveți alte probleme.
- Determinați-vă o dată la trei luni așa-numita *hemoglobină glicată*.
- O dată pe an, faceți un examen oftalmologic, pentru a putea identifica din vreme o eventuală retinopatie diabetică.
- Tot anual este bine să vă determinați nivelul microalbuminei din urină. Acest test măsoară sănătatea rinichilor, a inimii și a vaselor de sânge.
- Determinați-vă anual colesterolul și trigliceridele.
- Efectuați un control stomatologic cel puțin o dată la șase luni.
- Dacă apar semnele unei infecții, consultați-vă medicul.
- Nu fumați!!
- Încercați un management cât mai eficient al stresului.
- Dacă plănuți o călătorie mai lungă, luați-vă toate măsurile de prevedere necesare (medicamente suficiente, teste etc).
- Fiți la curent cu ceea ce apare nou în tratamentul diabetului. Cercetările încearcă să vă facă viața mai ușoară.

Rolul dietei în diabetul zaharat

Tratamentul dietetic în diabetul zaharat nu poate fi înlocuit de nici un tratament medicamentos. Circa 35% dintre diabetici își echilibrează boala numai prin dietă care, după recomandările publicate de American Diabetes Association, trebuie să limiteze grăsimile, să restrângă proteinele până la cantitatea recomandată zilnic și glucidele până la acoperirea deficitului.

O alimentație bogată în fibre se asociază unui risc mai scăzut de a face diabet zaharat prin scăderea glicemiei după fiecare masă, ceea ce duce la o scădere a necesarului de insulină și o creștere a sensibilității țesuturilor la insulină. Fibrele au, de asemenea, un rol important în tratamentul tulburărilor metabolismului lipidic, frecvent întâlnite în diabet, și previn constipația, diareea și unele forme de cancer. De aceea este necesară o rație de 30-40 g/zi de fibre vegetale.

Un risc crescut de diabet zaharat poate fi legat și de supraalimentație, mai ales când aceasta se asociază cu obezitatea și sedentarismul.

Tratamentul dietetic este o parte integrantă a planului terapeutic general la pacientul diabetic. La mulți dintre diabeticii de tip II, dietoterapia poate constitui metoda predominantă de tratament.

Având în vedere că majoritatea pacienților cu diabet de tip II sunt obezi, în primul rând se recomandă reducerea aportului caloric. Atunci când restricția calorică este corectă, se va înregistra o scădere a greutateii corporale, care, la rândul ei, va avea efecte favorabile asupra evoluției bolii. Cele mai indicate sunt regimurile cu restricție moderată de calorii. Cu cât debutul diabetului de tip II este mai recent, cu atât va răspunde mai bine la măsurile de normalizare a greutateii corporale.

În al doilea rând, diabeticul trebuie să aibă grijă de modul cum își împarte mesele pe parcursul zilei. În acest sens, trebuie să țină cont de următoarea regulă: kaloriile consumate cu ocazia meselor principale trebuie împărțite cât mai egal pe parcursul zilei, pentru

a nu suprasolicita capacitatea de metabolizare a organismului prin mese disproportionat de bogate. În plus, în cazul diabeticilor la care se administrează insulină, este strict necesar ca servirea meselor să fie corelată în timp cu administrarea insulinei.

În al treilea rând, dieta în boala diabetică trebuie să fie corectă și din punctul de vedere al proporției de factori nutritivi. Multă vreme s-a crezut că diabeticul trebuie să reducă simțitor aportul de glucide și să consume mai multe proteine și lipide. Acest punct de vedere este deja depășit. La ora actuală se consideră că alimentația unui individ sănătos și care se alimentează corect nu diferă semnificativ, în ceea ce privește proporția diferiților factori nutritivi, față de bolnavul diabetic.

Referitor la glucide, cel mai bine folosite sunt cele provenite din cereale, legume și fructe, care au și avantajul de a fi bogate și în fibre alimentare, acestea întârziind absorbția glucidelor. Se recomandă o dietă în care glucidele complexe să fie majoritare față de glucidele simple.

Legumele verzi pot reduce nivelul glicemiei. Adăugate unei diete cu un conținut redus în grăsimi, se poate realiza un control destul de bun asupra formelor mai ușoare de diabet zaharat. Dar chiar și la un diabet tratat cu insulină, o dietă bogată în alimente naturale poate reduce necesarul de insulină.

Studiile experimentale arată că administrarea de cafeină (cafea și alte produse cu conținut de cafeină), la șase ore de la administrare, produce o creștere a glicemiei de două-trei ori mai mare la diabetici decât la sănătoși, la aceștia din urmă putând apărea chiar hipoglicemia, motiv pentru care trebuie evitată.

Nitrații și nitriții, folosiți drept conservanți, pot avea, de asemenea, un efect hiperglicemizant.

Ritmul meselor trebuie să fie regulat, pentru a permite funcționarea în limite acceptabile a pancreasului bolnav. De asemenea, mâncatul în grabă favorizează apariția unei fluctuații a nivelului glicemiei. Ultima masă trebuie luată cu cel puțin două ore înainte

de culcare, fiind utilă însă o gustare ușoară chiar înaintea culcării, când bolnavul ia medicamente antidiabetice, pentru a preveni apariția hipoglicemiilor nocturne.

Față de aceste recomandări, pacienții care primesc insulină, pentru a scădea intervalul din cursul nopții, între două administrări de insulină, vor consuma micul dejun cât mai devreme, iar cina ceva mai târziu. Mesele principale vor urma injecțiilor de insulină.

Recomandările pentru bolnavul diabetic, făcute de American Diabetes Association, sunt următoarele:

- Menținerea unei greutate corporale ideale.
- Limitarea aportului proteic la 0,8 g/kgcorp (deci, o persoană de 70 kg poate consuma zilnic cel mult 56 g de proteine)
- 55% din totalul kaloriilor trebuie asigurate de glucide.
- Restricția aportului de grăsimi la cel mult 30-35% (sau chiar mai puțin) din totalul kaloriilor, iar dintre acestea, sub 1/3 să fie grăsimi saturate și polinesaturate și peste 13% să fie mononesaturate.
- Aportul de colesterol să fie redus la mai puțin de 300 mg/zi.
- Dintre glucidele consumate, trebuie să fie cel puțin 40 g/zi de glucide nerafinate, cu fibre.
- Utilizarea îndulcitorilor este acceptată numai în cadrul recomandărilor anterioare.
- Aportul de sodiu (sare de bucătărie) trebuie limitat la 1g/1000 kcal consumate.

În mod practic, articolele alimentare care pot fi consumate fără restricție de bolnavul diabetic sunt cele cu conținut de glucide de sub 5%: ardei grași, castraveți, conopidă, ciuperci, fasole verde, dovlecei, vinete, roșii, ridichi, salată verde, spanac, lămâi, pepeni, grepfrut. De asemenea, diabeticul mai poate consuma: telemea, cașcaval, brânză topită, ouă, unt (maximum 10 g/zi), smântână și uleiuri vegetale (maximum 50 g/zi).

Într-o cantitate mai limitată, deși conțin 4% glucide, pot fi consumate: laptele, iaurtul, brânza de vaci, cașul dulce.

Pot fi consumate, dar cu moderație: ceapa, morcovii, țelina, sfecla, cireșele, coacăzele, căpșunile, portocalele, mandarinele, fragii, merele și alunele.

Sunt categoric interzise: zahărul, mierea, preparatele de patiserie cu conținut de zahăr, gemurile, rahaturile, halvaua, ciocolata. De asemenea, dintre băuturi, nu vor fi consumate sucuri răcoritoare (Cola, Fanta etc.) și nici alcool, preferând ceaiul din plante sau laptele.

Dintre fructe, cel mai mare conținut de zahăr îl au strugurii, prunele, perele, unele mere, bananele, curmalele și stafidele. În situațiile în care este necesară îndulcirea anumitor alimente (ceai, compot, brânză de vaci, iaurt, prăjituri), aceasta nu se va face cu zahăr rafinat, ci cu zaharină.

Privind boala în ansamblu, trebuie reținut faptul că, deși insulina poate fi înlocuită prin medicamente, pancreasul rămâne un organ bolnav, la care mecanismul de secreție a insulinei nu va fi niciodată refăcut, indiferent de metoda terapeutică încercată. Dieta diabetică nu este de fapt un regim, ci un plan de alimentație, și încă unul care reprezintă o alternativă sănătoasă pentru oricine. Procedând astfel, diabeticul va ajunge să-și controleze boala, iar nu boala va controla bolnavul.

URGENTE TOXICE

7.1. INTOXICAȚIA CU CIUPERCI

Vă plac ciupercile? Cu siguranță că da! Este un aliment complex, gustos, care poate fi preparat într-o multitudine de feluri. Cu toate că mai toți știu că unele ciuperci sunt toxice, nu toți conștientizează acest pericol atunci când le culeg sau le cumpără. Este bine să știți că există peste 30 de ciuperci care conțin diferite substanțe toxice și care pot produce intoxicații de o gravitate mai mare sau mai mică.

Ciupercile necomestibile, care produc intoxicații, se împart în două categorii: cu perioadă de incubație scurtă și cu perioadă de incubație lungă.

Semnele intoxicației cu ciuperci

Semnele intoxicației cu ciupercile **cu perioada de incubație scurtă** apar după 15 minute până la 3 ore de la consumul lor și se manifestă prin: creșterea salivăției, tegumente umede, lăcrimare, pupila mică, dureri abdominale, scăderea frecvenței cardiace, hipotensiune arterială. Ulterior, apar tulburări nervoase: tremurături, furnicături ale pielii, agitație, stare de confuzie, mișcări bruște și dezordonate, convulsii și chiar comă. Unele specii de ciuperci dau halucinații cu vedere colorată.

Semnele intoxicației cu ciupercile **cu perioadă de incubație lungă** apar după 12-24 de ore de la ingestie. În această categorie intră ciupercile cele mai toxice, din familia *Amanita phalloides*.

Intoxicația debutează cu grețuri, vărsături și diaree în primele 24 de ore, după care se ameliorează, fapt care creează o stare falsă și extrem de periculoasă de vindecare aparentă. Ulterior, apar fenomene de afectare hepatică gravă: icter, hemoragii, encefalopatie, hipoglicemie, afectare renală gravă, precum și tulburări neurologice: vedere dublă, convulsii, adinamie. În final, după 48-72 de ore de la ingestie se instalează coma care, de cele mai multe ori, duce la deces.

Tratamentul intoxicației cu ciuperci

Tratamentul intoxicației cu ciuperci **cu perioadă de incubație scurtă** include provocarea de vărsături, spălătură gastrică și purgative salin.

- *Producerea vărsăturilor* se face cel mai eficient înghițind 30 ml sirop de ipeca, după care se bea o cană cu apă. Dacă acest sirop nu este disponibil, se poate înghiți apă caldă și sărată sau chiar se poate stimula voma iritând faringele cu vârful degetelor.
- *Spălătura gastrică* este metoda cea mai eficientă, dacă este făcută în timp util. Dacă bolnavul este inconștient, el trebuie intubat, pentru a-i proteja căile aeriene de aspirație a conținutului gastric. Dacă bolnavul este conștient, va fi așezat pe partea stângă, cu capul mai jos. Se introduce prin gură un tub (sondă) în stomac, iar prin acesta se introduc 200-250 ml de apă caldută cu sare. Aceasta va fi ținută în stomac 2-3 minute, menținând tubul ridicat, după care, prin coborârea tubului sub nivelul bolnavului, lichidul se va elimina singur. Această spălătură se va repeta de 6-8 ori.
- Dacă există la îndemână, este preferabilă *administrarea de cărbune activat* (30-50 g diluat în 150-200 ml de apă). Acesta are proprietatea de a neutraliza multe substanțe toxice. Administrarea de purgative osmotice stimulează evacuarea tubului digestiv prin scaune mai moi și mai frecvente. Se pot administra pe gură: Sorbitol 70% (1 cană), sulfat de magneziu

(15-20 g într-o cană cu apă) sau citrat de magneziu 10% (20-30 g).

- De asemenea, se administrează în perfuzie atropină 1mg repetat la 5-10 minute, până când tegumentele devin uscate, scade secreția salivară și apare tahicardia. Halucinațiile se tratează cu plegomazin.

Intoxicațiile cu ciuperci **cu perioadă de incubatie lungă** sunt cele mai grave. Tratamentul începe cu spălături gastrice cu soluție de permanganat de potasiu 0,05%, așa cum s-a descris mai sus. Tratamentul este simptomatic: pentru calmarea durerii, perfuzii cu glucoză și medicamente hepato-protectoare. Tocmai din cauza lipsei unui tratament specific, prognosticul intoxicației este rezervat, multe dintre cazuri ducând la deces, în ciuda tratamentului administrat.

Important! În ciuda convingerii multor culegători de ciuperci că ar cunoaște bine diferența dintre ciupercile comestibile și cele necomestibile, frecvența intoxicațiilor în perioadele specifice ale anului este foarte mare. Pe de altă parte, datorită unor fenomene de colonizare încrucișată, au apărut specii de ciuperci cu aspect asemănător celor comestibile, dar care conțin aceleași substanțe toxice cu efectele descrise mai sus. De aceea, recomandarea de a consuma numai ciuperci controlate de specialiști trebuie repetată ori de câte ori se ivește ocazia, mai ales din cauza caracterului foarte grav al acestor intoxicații. Cele mai sigure ciuperci sunt cele recoltate direct din crescătoriile de ciuperci sau din cutiile de conserve. Evitați consumul ciupercilor cumpărate din piață, direct de la culegători!

7.2. MUȘCĂ ȘI... FUGI!

MUȘCĂTURILE DE ANIMALE ȘI INSECTE

Acesta ar fi dictonul unei categorii de viețuitoare (animale, insecte) care ne pot face viața grea sau măcar dureroasă, îndeosebi în perioada de vară. Oriunde am fi, în aer liber sau în casă, pe munte sau la iarbă verde, putem oricând deveni victima nevinovată a unui animal cu dinți sau a unei insecte cu ace. Ce trebuie să facem?

MUȘCĂTURILE DE ANIMALE

Mușcăturile de animale reprezintă o categorie specială de plăgi provocate de animale domestice (câini, pisici, cai, porci) sau sălbatice (urși, lupi, mistreți) sau chiar de om. Principalul lor pericol îl reprezintă inocularea în organism, prin saliva animalului, a unor boli infecțioase severe, cum ar fi turbarea (rabia), febra zgârieturii de pisică, spirochetoza ictero-hemoragică, febra mușcăturii de șobolan, tetanosul, hepatita B etc. Pe lângă acestea, intră în discuție posibilitatea apariției infecției curențe a oricărei plăgi, fracturile (dacă au fost cauzate de mamifere mari) și sechelele estetice prin vindecarea vicioasă a plăgilor extinse.

Se apreciază că anual, în SUA, se produc peste 100.000 de mușcături de animale, dintre care 80-90% sunt imputabile câinilor. Boala cu cel mai mare risc, prin incidență și prin imposibilitatea de a o trata eficient, rămâne turbarea (rabia). În lume, mor anual aproximativ 800 de oameni prin turbare. Aceasta este luată, în 25% din cazuri, de la animalele domestice și, în 75% din cazuri, de la animalele sălbatice.

Riscul de îmbolnăvire diferă de la un animal la altul: foarte ridicat prin mușcătură de liliac, vulpe, viezure, râs; risc mediu pentru pisicile și câinii de curte; risc redus pentru pisicile și câinii de apartament, iepuri și rozătoare.

Simptomatologie

Imediat după mușcătură este evidentă plaga mușcată, pe care, deseori, rămân imprimare urmele dinților.

Simptomatologia turbării, până să devină evidentă, necesită un interval de timp de săptămâni sau luni de evoluție. Atunci când apar, aceste simptome se manifestă prin: febră, dureri de cap, parestezii (amorteți), anxietate, disfagie (dificultăți la înghițire), fobofobie (nu suportă lumina), convulsii, paralizii, care evoluează spre deces.

Tratament

Tratamentul plăgii mușcate se face într-un mod similar plăgilor obișnuite: se spală cu mari cantități de soluții dezinfectante și se pansează steril. Atenție: nu se suturează plaga și se face obligatoriu profilaxia tetanosului.

Profilaxia antirabică se face la clinicile de boli infecțioase, după următorul protocol:

- Animal cu risc înalt, care nu a fost prins: profilaxie obligatorie.
- Animal cu risc înalt, dar care a fost prins: profilaxie, dacă este confirmată turbarea la animalul respectiv.
- Animal cu risc mediu sau scăzut, care nu a fost prins: profilaxie de siguranță.
- Animal cu risc redus, care a fost prins: se ține animalul sub observație o săptămână. Dacă acesta devine bolnav: profilaxie; dacă rămâne sănătos: nu este necesară vaccinarea antirabică.

Sarcina nu este o contraindicație a vaccinării antirabice.

Ca regulă de bază, orice mușcătură de animal trebuie examinată de doi medici: medicul chirurg și medicul infecționist!

MUȘCĂTURILE DE ȘARPE sunt reprezentate, în marea lor majoritate, la noi în țară, de mușcăturile de viperă. Aceasta injectează venin prin intermediul dinților canaliculați, situați pe maxilarul superior.

Diagnostic

Diagnosticul inițial se pune pe baza informației date de bolnav și pe baza **semnelor locale**: urmele lăsate de cei doi dinți (mușcătura), din care uneori se pot scurge mici picături sero-sanguinolente.

După câteva minute de la mușcătură apare durerea în zona respectivă, precum și un edem dureros în jurul leziunii care se va transforma într-o zonă violacee, ce se va extinde către rădăcina membrului.

Dacă echimoza nu apare în primele 30 de minute, se consideră că vipera nu și-a injectat veninul.

Semnele locale sunt însoțite uneori și de **semne generale**: anxietate, transpirații, grețuri, vărsături, dureri abdominale, hipotensiune, tahicardie, mergând până la convulsii, insuficiență respiratorie acută și stop cardio-respirator, când există o reacție anafilactică gravă.

Tratament

Tratamentul mușcăturii de șarpe începe cu repausul strict al bolnavului, în poziție culcată, și imobilizarea segmentului de membru mușcat.

Se aplică o bandă elastică, suficient de largă încât să permită circulația venoasă și arterială a sângelui, dar care să realizeze o compresiune limfatică (să permită introducerea degetului arătător sub bandă). Deși multă vreme s-a considerat o măsură de prim ajutor eficientă, astăzi se consideră că este contraindicată punerea unui garou: este inefficientă pentru sistemul venos și poate deveni periculoasă pentru sistemul arterial. După montarea benzii, se începe dezinfectia locală a plăgii, ca în cazul unei mușcături de animal. Dacă este posibil, zona mușcată se răcește cu gheață.

Sunt contraindicate: debridarea și cauterizarea plăgii, făcute de rutină, precum și clasică aspirație cu gura. Aceasta este, de cele mai multe ori, inefficientă, putând deveni și periculoasă, dacă există

leziuni ale cavității bucale. Există însă un dispozitiv pe care unele truse de prim ajutor îl au, numit *Aspivenin*, care este capabil să reducă semnificativ cantitatea de venin de la locul mușcăturii.

După acordarea primului ajutor, bolnavul este adus imediat la spital. Aici se vor continua măsurile de reanimare și se va aprecia dacă bolnavul necesită sau nu ser antiveninos. Din fericire, cele mai multe dintre mușcăturile de viperă evoluează fără complicații severe, din cauza inoculării minime sau nule.

Se va face, de asemenea, profilaxie antitetanică și tratament cu antibiotice.

ÎNȚEPĂTURILE DE INSECTE

Înțepăturile de insecte sunt produse, în cea mai mare parte, de hymenoptere (albine, viespi, furnici) care produc între 30 și 50 decese/an în SUA, din cauza reacțiilor anafilactice consecutive, dar și de diptere, unele specii de ploșnițe și gândaci, păduchi, purici. Dintre artopode, sunt incriminate îndeosebi scorpionul și căpușa. În cele mai multe situații, mușcătura acestora este inofensivă, soldându-se doar cu o reacție locală ușoară. Teoretic, doza letală pentru un adult este de 400 de înțepături.

Simptomatologia înțepăturilor de insecte poate fi împărțită în două categorii de semne:

Semnele locale constau în existența unei plăgi punctiforme, eventual centrate de un ac, dacă a fost produsă de o albină, o infiltrație locală caldă, roșie și, mai rar, un edem extensiv cu urticarie.

Semnele generale sunt minore în formele ușoare, dar în formele grave pot apărea hipotensiunea, tahicardia, colapsul, bronhospasmul, edemul laringian și chiar convulsii și comă, apărute pe fondul unei reacții anafilactice.

Înțepătura păianjenului cafeniu produce necroza țesuturilor învecinate, febră, frison, grețuri, vărsături, iar în cazurile grave, anemie hemolitică, trombocitopenie (scăderea numărului de trombocite).

Înțepătura „văduvei negre” (o altă specie de păianjen) produce o durere intensă locală, care dispare relativ repede, fiind înlocuită de crampe musculare, dureri abdominale, dureri de cap, transpirații și grețuri.

Tratamentul în formele ușoare începe cu extragerea acului, acolo unde este cazul. Extracția nu se face prin stoarcere! Locul înțepăturii se dezinfectează cu o soluție antiseptică uzuală, apoi, local, se poate aplica gheață. Există anumite creme cu conținut steroid, care se pot aplica pe zona înțepată.

Înțepătura „văduvei negre” și a păianjenului cafeniu necesită un tratament specific, făcut la spital, având un potențial de evoluție mult mai grav.

7.3. INTOXICAȚIA CU SUBSTANȚE CHIMICE NEMEDICAMENTOASE

Intoxicația cu monoxid de carbon

Monoxidul de carbon este un gaz incolor, inodor (fără miros), care apare în urma arderii incomplete a unor carburanți sau în urma unor incendii. Intoxicația cu monoxid de carbon este întâlnită mai ales la victimele incendiilor (intoxicație cu fum de incendiu).

Simptomatologia depinde de gradul de expunere la fum și este datorată combinării monoxidului de carbon cu hemoglobina din sânge. Semnele care apar în formele mai ușoare sunt: cefalee, agitație, tuse cu dispnee, voce răgușită, tahicardie, hipotensiune arterială. În cazurile mai grave apar: bronhospasmul, insuficiența respiratorie, starea de șoc, coma. La nivelul orificiilor nazale, al gurii și al faringelui pot exista depozite de funingine.

Tratamentul de urgență impune scoaterea victimei din mediul cu fum, susținerea respirației (administrarea de oxigen 100% pe mască sau ventilație artificială) până la dispariția simptomatologiei (nu mai mult de patru ore).

Intoxicația cu insecticide organofosforice

Insecticidele organofosforice cele mai utilizate în agricultură sunt: Parathionul, Diclorvosul (DDVP), Tetraetil pirofosfatul (TEPP), Triclorfonul (Dipterex), Malathionul etc. Sunt intoxicații extrem de grave și destul de frecvente. Toxicul se absoarbe prin ingestie, dar și prin piele și prin inhalatie.

Semnele intoxicației sunt specifice. În formele ușoare apar cefalee: amețeli, grețuri, vărsături, transpirații, salivatie abundentă, dureri abdominale, diaree. În formele mai avansate se adaugă tulburări de vorbire, scăderea diametrului pupilar (mioză). În formele grave bolnavul devine comatos, mioza este marcată, îi curg nasul și saliva, lăcrimează, apar tulburări respiratorii și cianoza. Scade frecvența cardiacă și apare hipotensiunea arterială. Tegumentele sunt umede.

Tratamentul specific este administrarea de Atropină 2 mg (2 fiole) intravenos, la fiecare 5-10 minute, până la dilatarea pupilelor (midriază), uscarea tegumentelor și creșterea frecvenței cardiace. Această stare trebuie menținută cel puțin 48 de ore și de aceea poate necesita administrarea de zeci sau chiar sute de fiole de Atropină/zi. Tratamentul se face numai la spital.

Un antidot specific este obidoxima (Toxogonin), care se administrează intravenos 1 fiolă (250 mg), repetându-se la trei ore, o dată sau cel mult de două ori.

Convulsiile se tratează cu Diazepam, iar insuficiența respiratorie, cu ventilație mecanică.

Este necesară, de asemenea, decontaminarea pielii.

Intoxicația cu alcool etilic

Intoxicația cu alcool etilic (substanță conținută în băuturile alcoolice) reprezintă, probabil, cea mai frecventă formă de intoxicație. Doza toxică mortală a alcoolului etilic la un adult este de 300-600 g.

Formele clinice ale acestei intoxicații depind de nivelul alcoolemiei (concentrația alcoolului în sânge), dar și de gradul de antrenament al persoanei respective. Întâlnim astfel o formă ușoară: alcoolemia de 0,05-0,1% (tulburări de vedere minore, scăderea reflexelor, creșterea încrederii în forțele proprii, diminuarea autocontrolului); forma medie: alcoolemia de 0,15-0,30 (tulburări de mers și de vorbire, scăderea atenției, vedere dublă, tulburări ale echilibrului și de percepție); forma gravă: alcoolemia de 0,3-0,5 (alterarea vederii și a echilibrului, tulburări ale stării de conștiență); coma alcoolică: alcoolemia de peste 0,5% (insuficiență circulatorie și respiratorie).

Sunt evidente: mirosul alcoolic al respirației, fața înroșită, transpirația excesivă, vărsăturile, pierderile de urină și tulburările de comportament.

Tratamentul intoxicației urmărește prevenirea căilor respiratorii pentru a nu aspira conținut gastric în plămâni. Spălătura gastrică nu este eficientă decât în prima oră și, de obicei, acest lucru nu este posibil. Cărbunele activat este inefficient.

Se administrează, pe cale intravenoasă, glucoză concentrată, vitamina B1 și sulfat de magneziu. În caz de agitație, se administrează Diazepam sau Haloperidol.

Intoxicația cu metanol

Metanolul (alcoolul metilic) este utilizat ca solvent pentru lacuri și vopsele, aditiv și combustibil. Este una dintre cele mai toxice substanțe: 30 ml metanol pot produce moartea, iar 10 ml, orbirea.

Semnele intoxicației apar la 12-24 de ore și se manifestă prin scăderea frecvenței cardiace, insuficiență respiratorie, cefalee, amețeli, stare de confuzie, scăderea eliminărilor de urină, vedere inițial încetoșată, care evoluează spre pierderea completă a vederii, comă și manifestări abdominale (grețuri, vărsături, dureri abdominale și, uneori, semne de pancreatită acută).

Tratamentul specific este reprezentat de administrarea etanolului (este antidotul specific). Se administrează 125 ml alcool 43% pe

cale orală sau 530 ml soluție 10% pe cale intravenoasă. Practic, se urmărește „îmbătărea” cu alcool a bolnavului până la obținerea unei alcoolemii de 0,1%.

Acidul folic se administrează câte 50 mg la 4-6 ore.

Spălătura gastrică este eficientă doar în primele două ore de la ingestie. Evident că ea se va face înaintea administrării alcoolului etilic.

Este utilă, de asemenea, utilizarea precoce a rinichiului artificial pentru hemodializă.

Intoxicația cu etilenglicol

Etilenglicolul este un lichid incolor, cu gust dulceag, utilizat ca antigel. Doza mortală la adult este de 80-120 ml.

Semnele intoxicației cu etilenglicol sunt grețurile și vărsăturile. În stadiul următor apar tahicardia, hipertensiunea și creșterea frecvenței respiratorii. În stadiul ulterior apar dureri lombare, scăderea eliminării de urină, convulsii și comă.

Tratamentul specific este similar intoxicației cu metanol.

Intoxicația cu hidrocarburi

Cele mai întâlnite hidrocarburi implicate în intoxicații sunt: benzinele, lubrifianții, uleiurile de motor, motorina, gazolina, tetracolorura de carbon. Dintre acestea, cea mai toxică este tetracolorura de carbon, utilizată ca solvent, ca agent de curățire și ca agent de creștere a cifrei octanice a benzinei. Absorbția acestor toxice este posibilă prin ingestie, prin piele și prin respirație.

Semnele intoxicației sunt date de tulburări respiratorii, pneumonii toxice, insuficiență cardiacă, convulsii și chiar comă. În cazul tetracolorurii de carbon, apar tulburări hepatice grave: icter, hemoragii, tulburări mentale.

Tratamentul de urgență începe cu decontaminare prin spălarea abundentă a pielii cu apă și săpun și administrarea de oxigen. Doar în cazul tetracolorurii de carbon este utilă administrarea unui antidot specific: N-acetilcisteină, similar administrării în intoxicația cu

paracetamol. Mortalitatea în intoxicația cu tetraclorură de carbon este foarte ridicată (peste 20-30%).

7.4. INTOXICAȚIILE MEDICAMENTOASE

Intoxicațiile reprezintă o cauză relativ frecventă de mortalitate, care afectează toate categoriile de vârstă. În SUA, de exemplu, în anul 1985, au fost înregistrate 4,8 milioane de intoxicații, ceea ce, raportat la întreaga populație, a reprezentat o incidență de 20,2 ‰ de locuitori.

Clasificare

În funcție de modul lor de producere, intoxicațiile se clasifică în intoxicații accidentale (90%) și intoxicații voluntare (10%). Cele mai multe toxice pătrund în organism pe cale digestivă (80%), urmate fiind de pătrunderea prin piele (6-7%), prin respirație și la nivelul ochilor (câte 5-6% fiecare).

Din punctul de vedere al substanței care produce intoxicația, aceasta se poate încadra în categoria medicamentelor sau a substanțelor chimice nemedicamentoase.

- **Medicamente:** benzodiazepine, barbiturice, neuroleptice, antidepressive, beta-blocante, analgezice-antipiretice, digitalice etc.
- **Substanțe chimice nemedicamentoase:** monoxid de carbon, insecticide (organofosforice, organoclorurate etc.), alcoolii (etilic, metilic, etilenglicol etc.), detergenți, hidrocarburi (tetraclorură de carbon), ciuperci etc. Acestea au fost descrise mai sus.

Simptomatologie

Întrucât substanțele enumerate mai sus au structuri diferite, simptomatologia pe care acestea o produc atunci când, sub o formă sau alta, sunt absorbite în organism este extrem de variată și de aceea va fi descrisă separat.

Tratament

Tratamentul oricărei intoxicații are anumite principii aplicabile în fiecare caz, peste care se administrează măsurile specifice substanței care a produs intoxicația.

- Asigurarea unei ventilații corespunzătoare. Dacă este nevoie, se administrează oxigen, se face respirație artificială sau se realizează intubație oro-traheală. Dacă există corpi străini sau secreții în cavitatea bucală, acestea se elimină sau se aspiră.
- Asigurarea unei funcții cardiace corespunzătoare. Dacă bolnavul are stop cardiac, se începe de urgență masajul cardiac și se iau celelalte măsuri de resuscitare. Dacă tensiunea scade, se administrează rapid perfuzii cu ser fiziologic sau Dextran. Dacă există tulburări de ritm, este necesară administrarea unor medicamente antiaritmice.
- Existența comei necesită susținerea generală a sistemului nervos central. Se administrează glucoză concentrată în perfuzie împreună cu vitamina B1, precum și oxigen suplimentar pe mască. Dacă apar convulsii, acestea vor fi neutralizate cu Diazepam. Dacă acesta nu este eficient, se va administra Fenitoin sau Fenobarbital pe cale injectabilă.
- Decontaminarea reprezintă totalitatea metodelor prin care se încearcă îndepărtarea toxicelor. Ea este de două tipuri și se aplică diferit, în funcție de calea de absorbție a toxicului.
 - ◆ Decontaminarea externă îndepărtează toxicul de pe suprafața pielii și de la nivelul ochilor. Aceștia se spală din abundență (timp de 15 minute) cu apă curată sau cu ser fiziologic.
 - ◆ Decontaminarea internă are ca scop neutralizarea toxicelor ajunse în tubul digestiv. Ea are eficiență doar în primele patru-șase ore de la ingestie. Decontaminarea se realizează prin următoarele metode:
 - Producerea vărsăturilor se face cel mai eficient înghițind 30 ml sirop de ipeca, după care se bea o

cană cu apă. Dacă acest sirop nu este disponibil, se poate înghiți apă caldă, sărată, sau chiar se poate stimula voma iritând faringele cu vârful degetelor.

- Spălătura gastrică este metoda cea mai eficientă, dacă este făcută în timp util. Dacă bolnavul este inconștient, el trebuie intubat pentru a-i proteja căile aeriene de aspirație a conținutului gastric. Dacă bolnavul este conștient, acesta va fi așezat pe partea stângă, cu capul mai jos. Se introduce prin gură un tub (sondă) în stomac, iar prin acesta se introduc 200-250 ml de apă caldă cu sare. Aceasta va fi ținută în stomac două-trei minute, menținând tubul ridicat, după care, prin coborârea tubului sub nivelul bolnavului, lichidul se va elimina singur. Această spălătură se va repeta de șase-opt ori.
- Dacă există la îndemână, este preferabilă administrarea de cărbune activat (30-50 g diluat în 150-200 ml apă). Acesta are proprietatea de a neutraliza multe substanțe toxice.
- Administrarea de purgative osmotice stimulează evacuarea tubului digestiv prin scaune mai moi și mai frecvente. Se pot administra pe gură: Sorbitol 70% (1 cană), sulfat de magneziu (15-20 g într-o cană cu apă) sau citrat de magneziu 10% (20-30 g).

Toate aceste metode descrise mai sus trebuie efectuate cât mai rapid posibil, pentru a fi eficiente în toate cazurile de intoxicații. Pe lângă acestea, în anumite situații se vor lua măsuri specifice.

7.5. INTOXICAȚIILE CU SUBSTANȚE MEDICAMENTOASE

Intoxicația cu benzodiazepine

Din categoria benzodiazepinelor fac parte următoarele medicamente: Diazepam (*Valium*), Oxazepam, Nitrazepam, Midazolam (*Dormicum*), Clordiazepoxid (*Napoton*), Medazepam (*Rudotel*), Clorazepat (*Tranxene*) etc.

Intoxicațiile cu asemenea substanțe se manifestă prin: somnolență, vedere dublă, vorbire dificilă, iar dacă doza înghițită a fost mare, comă.

Tratamentul specific: administrarea de Flumazenil (Anexate) 0,3 mg intravenos, repetată la trei-cinci minute, fără a depăși în total 2 mg (1 fiolă: 0,5 mg).

Intoxicația cu barbiturice

Din categoria barbituricelor fac parte următoarele medicamente: Ciclobarbitol, Fenobarbital, Amobarbital etc.

Intoxicațiile cu barbiturice se manifestă prin: tulburări de vorbire, cefalee, amețeli, iar în cazurile grave, comă de profunzime variabilă. Pupila inițial este mică (mioză), iar ulterior devine mare (midriază). Pot apărea depresie respiratorie, hipotensiune arterială, tahicardie, hipotermie și flictene în punctele de presiune.

Tratamentul specific: stimularea diurezei (utilă îndeosebi pentru fenobarbital) prin medicamente cu efect diuretic (Furosemid 3 x 1 fiolă/zi intravenos). Caracterul mai prelungit al comei și posibilitatea apariției insuficienței respiratorii poate solicita ventilația mecanică a bolnavului până la metabolizarea completă a barbituricelor.

Intoxicația cu antidepressive

Din categoria antidepressivelor fac parte următoarele medicamente: Imipramina (*Antidepressin*), Clopipramin (*Anafranil*), Amitriptilina, Maprotilin (*Ludiomil*), Doxepin, Litiu etc.

Intoxicația cu antidepresive se manifestă prin: tulburări cardiovasculare (puls peste 120 bătăi/minut, hipotensiune, tulburări de ritm cardiac, mergând până la stop cardiac), depresie respiratorie, hipotermie, dezorientare, convulsii. Totodată pot apărea midriază, tulburări de vedere, retenție de urină, constipație, uscarea tegumentelor. Dozele mari duc la comă.

Tratamentul specific urmărește prevenirea semnelor grave, descrise mai sus. Acidoza metabolică existentă se combate prin administrarea în perfuzie de bicarbonat de sodiu. Tulburările de ritm cardiac se tratează cu Fenitoin sau Xilină intravenos. Convulsiile se tratează cu Diazepam intravenos sau cu barbiturice. Insuficiența respiratorie necesită ventilație mecanică.

Intoxicația cu neuroleptice

Din categoria neurolepticelor fac parte următoarele medicamente: Clorpromazina (*Clordelazin*, *Plegomazin*), Levomepromazina, Promazina, Tioridazin, Haloperidol, Droperidol etc.

Intoxicația cu neuroleptice se manifestă prin tulburări cardiovasculare (hipotensiune arterială, tulburări de ritm cardiac), tulburări neurologice (tulburări de vorbire, convulsii, comă), tulburări de vedere, hipersalivație, retenție de urină.

Tratamentul specific: similar intoxicației cu benzodiazepine. Nu are antidot specific.

Intoxicația cu betablocante

Din categoria betablocantelor fac parte următoarele medicamente: Propranolol, Oxprenolol, Timolol, Atenolol, Labetalol etc.

Intoxicația cu betablocante se manifestă îndeosebi prin semne cardiace: hipotensiunea arterială, bradicardia (scăderea frecvenței cardiace sub 60/minut) și tulburări de conducere intracardiacă (blocuri atrio-ventriculare evidențiable pe ECG). Alte manifestări care pot apărea sunt: depresia respiratorie, midriaza, spasmul bronșic și coma.

Tratamentul specific, în cazul suspiciunii unei intoxicații la care frecvența cardiacă este sub 60/minut, începe, după montarea unei perfuzii, cu administrarea a 0,5-1 g Atropină (1/2-1 fiolă) intravenos, repetată încă o dată la trei-cinci minute, dacă frecvența cardiacă nu crește. În absența oricărui răspuns cardiac (nu crește frecvența cardiacă), se administrează 1-3 mg Glucagon intravenos și se continuă cu 1-3 mg/oră (există fiole de 1 și 10 mg). Dacă acesta nu este disponibil sau nu are efect, se administrează Izoprenalină 0,5-2 mg/oră în perfuzie (1 fiolă: 0,2 mg). Dacă și aceasta este ineficientă, se administrează Adrenalină 1mg/oră, crescând până la 10 mg/oră (1 fiolă: 1 mg), dacă nu crește frecvența cardiacă. Dacă nici aceasta nu este eficientă, este indicată montarea unui stimulator cardiac intern (pacemaker). Acest tip de intoxicații se tratează numai în clinicile de terapie intensivă.

Intoxicația cu salicilați

Din categoria salicilaților face parte acidul acetilsalicilic (*Aspirina*).

Intoxicația cu salicilați se caracterizează prin creșterea frecvenței respirației, prin grețuri, vărsături, dureri abdominale, vărsături cu sânge (uneori), cefalee, amețeli, tulburări de conștiență, care pot merge până la comă, tahicardie, hipertermie, deshidratare, transpirații.

Tratamentul specific necesită hidratarea rapidă pe cale intravenoasă (perfuzie cu ser fiziologic sau soluție Ringer) precum și cu glucoză (previne apariția hipoglicemiei). Pentru combaterea acidozei, se va administra bicarbonat de sodiu. Hipocalcemia se va corecta administrând calciu gluconic (5-10 ml intravenos). Dacă apar convulsii, se va administra Diazepam sau barbiturice. În situații grave, este necesară eliminarea salicilaților prin utilizarea rinichiului artificial (hemodializă).

Intoxicația cu paracetamol

Intoxicația cu paracetamol se manifestă prin afectarea ficatului și a miocardului. Inițial apar grețuri, vărsături, lipsa poftei de

mâncare, apoi icterul, sângerări, agitație, confuzie și, în final, comă cu moarte posibilă în una-trei săptămâni.

Tratamentul specific este reprezentat de antidotul numit N-acetilcisteină. Aceasta se administrează pe gură, dacă bolnavul este conștient, inițial 140 mg/kg greutate corporală, apoi 70 mg/kgcorp, timp de trei zile. Dacă bolnavul nu poate înghiți, se poate administra pe cale intravenoasă.

Ca purgativ, se recomandă utilizarea sulfatului de sodiu. Tratamentul general urmărește protejarea ficatului și a stomacului și prevenirea complicațiilor cerebrale.

În stările grave, este necesară utilizarea rinichiului artificial pentru hemodializă.

Important! Grijă de a nu lăsa la îndemâna copiilor sau a persoanelor al căror discernământ poate fi temporar sau definitiv afectat a oricăror medicamente vă poate feri de situații neplăcute sau chiar tragice.

PROBLEME DE OBSTETRICĂ- GINECOLOGIE

8.1. SARCINA NORMALĂ

Din momentul concepției și până la naștere, o sarcină normală urmează o cale destul de previzibilă. De asemenea, fiecare sarcină este unică. Dacă vă începeți sarcina fără probleme de sănătate preexistente și nu apar complicații pe parcurs, sarcina dumneavoastră „normală” va fi totuși diferită față de cea a oricărei alte femei și față de oricare dintre sarcinile dumneavoastră precedente.

Experiența emoțională a sarcinii este de asemeni diferită pentru fiecare femeie. Sentimente de ambivalență și nesiguranță (chiar dacă sarcina a fost planificată) nu sunt ieșite din comun. Datorită creșterii nivelului hormonilor și oboselii date de sarcina timpurie, schimbările de stare pot fi mai accentuate decât înainte de sarcină. Multe femei se tem că problemele care vor apărea în timpul sarcinii vor afecta copilul. Aceste sentimente sunt normale. De aceea cunoașterea mai exactă a informațiilor despre perioada timpurie a sarcinii, testele și examinările care se fac în această perioadă, purtarea unei sarcini normale, îngrijorările normale cu privire la sarcină și naștere și perioada postnatală pot fi extrem de utile.

PREGĂTIREA PENTRU SARCINĂ

Dacă vă pregătiți pentru a rămâne însărcinată, pregătiți-vă din timp pentru o sarcină sănătoasă. Dacă nu v-ați ales încă un medic specialist în obstetrică-ginecologie, care să se ocupe de sarcina dumneavoastră, de naștere și de perioada postnatală, gândiți-vă la opțiunile numeroase pe care le aveți și faceți-o cât mai curând.

Verificări de rutină

Dacă suspectați că ați fi însărcinată, puteți folosi un test de sarcină pentru aceasta încă din prima zi de întârziere a perioadei dumneavoastră menstruale (în jur de a 14-a zi după concepție). Imediat ce ați aflat că sunteți însărcinată, stabiliți o consultație la un medic specialist. Prima dumneavoastră consultație prenatală va furniza informații de bază, care pot fi utilizate pentru ajutorarea monitorizării dumneavoastră în cazul oricăror probleme care pot apărea pe măsură ce sarcina dumneavoastră evoluează. Sarcina este numărată din prima zi a ultimei dumneavoastră perioade menstruale (UPM). Există mai multe metode de a calcula de cât timp sunteți însărcinată.

O bună îngrijire în timpul sarcinii include și examene prenatale regulate. La fiecare vizită prenatală așteptați-vă să fiți cântărită, măsurată și să vi se verifice urina și presiunea sanguină. Folosiți acest timp pentru a discuta, cu medicul dumneavoastră, lista de griji cu privire la sarcină. La momente diferite ale sarcinii vi se vor face examinări și teste adiționale. În timp ce unele examinări și teste sunt de rutină, altele sunt făcute doar atunci când s-ar putea să existe o problemă sau s-ar putea să prezentați un factor de risc pentru dumneavoastră sau pentru sarcină.

Examinările periodice vor viza următoarele obiective:

- Prima vizită prenatală – examenul clinic (informații privitoare la antecedentele de boli personale sau din familie), examen fizic și teste de urină și sânge.
- Examinările și testele primului trimestru – ecografia fătului și preluarea de probe de la nivelul vilozităților choriale.

- Examinările și testele trimestrului doi – ecografia fătului, monitorizarea electrică a inimii fătului, amniocenteza și toleranța la glucoză, dozarea alfa-fetoproteinei și testele de gonadotropină chorică umană.
- Examinările și testele trimestrului trei – ecografia fătului, testarea pentru hepatita B și amniocenteza.

Unele dintre examinările descrise mai sus depind și de capacitatea sistemului medical (a laboratorului) de a le efectua, fiind destul de costisitoare. Dar examinarea ecografică este simplă și relativ accesibilă.

Îngrijorări comune

Sarcina are un impact asupra majorității aspectelor unei zile obișnuite a unei femei. Pe parcursul sarcinii veți avea întrebări cu privire la multe dintre următoarele simptome care pot apărea și care, în alte condiții, pot fi semne de îmbolnăvire sau la modul în care veți putea rezolva anumite situații care apar în cursul sarcinii:

- sângerări vaginale,
- greața de dimineată,
- arsuri stomacale,
- hemoroizi și constipație,
- modificări ale pielii,
- infecția tractului urinar,
- infecția vaginală,
- nutriția și luarea în greutate,
- activitatea sexuală,
- modificări în relația cu partenerul dumneavoastră,
- oportunitatea de a mai face exerciții fizice,
- oportunitatea de a mai lucra sau de a frecventa școala,
- riscurile călătoriilor,
- îngrijirea celorlalți copii ai dumneavoastră.

Dacă aveți îngrijorări mai serioase, așa cum ar fi afectarea unei probleme de sănătate preexistente de către sarcina dumneavoastră, discutați-le cu medicul dumneavoastră.

PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ

Sarcina se măsoară în trimestre, din prima zi a ultimei dumneavoastră perioade menstruale (UPM), totalizând 40 de săptămâni. Primul trimestru de sarcină se termină după 12 săptămâni sau aproximativ 3 luni, calculat după UPM. Iată ce se întâmplă în acest trimestru:

Dezvoltarea timpurie

La aproximativ două săptămâni după prima zi a menstruației, ovarul eliberează un ovul în trompa uterină (ovulația). Sarcina dumneavoastră începe de fapt în momentul în care ovulul este fertilizat de un spermatozoid. În timpul săptămânii următoare, oul fertilizat crește într-o sferă microscopică de celule (blastocist) care se implantează pe peretele uterului. Această implantare atrage după sine o serie de modificări hormonale și fizice în corpul dumneavoastră.

Perioada cuprinsă între a 3-a și a 8-a săptămână de creștere poartă numele de etapa embrionară, în timpul căreia embrionul își dezvoltă majoritatea organelor sale importante. În timpul acestei perioade, embrionul este vulnerabil în special la substanțele teratogen (care pot produce malformații). În a noua săptămână de dezvoltare, embrionul atinge aproximativ 2,5 cm. Până acum, uterul a crescut de la dimensiunile unui pumn la cele ale unui grefrut.

Semne timpurii ale sarcinii

Primul semn al unei sarcini este întârzierea perioadei de menstruație. Alte semne timpurii ale sarcinii, cauzate de modificările hormonale, includ:

- oboseala,
- greața (starea generală de rău dimineța) cu sau fără vărsături,

- întărirea sânilor,
- urinare crescută,
- senzația de plenitudine sau dureri în partea inferioară a abdomenului.

Modificări adiționale legate de sarcină

De-a lungul sarcinii s-ar putea să observi o serie de efecte mai ușoare sau mai severe, cum ar fi:

- Constipația datorată schimbărilor naturale, care încetinesc funcția normală a digestiei. Suplimentul de grâu, care este recomandat după patru luni de sarcină, poate de asemenea cauza constipație.
- Oscilațiile de stare, de dispoziție, cauzate de schimbările hormonale.
- Modificări ale scurgerilor vaginale. O scurgere subțire, albicioasă (leucoree), este normală de-a lungul sarcinii.
- De asemenea, țesuturile care căptușesc vaginul devin mai groase și mai puțin sensibile în timpul sarcinii.
- Infecțiile vaginale care sunt mai des întâlnite în timpul sarcinii se datorează nivelului crescut de hormoni de sarcină.
- Sângerarea vaginală. Descoperită în primele zile ale sarcinii, poate să dispară de la sine, dar poate fi și începutul unei pierderi de sarcină. Dacă vi se întâmplă să suferiți de o sângerare vaginală în timpul sarcinii, contactați medicul care se ocupă de controlul sarcinii dumneavoastră.

AL DOILEA TRIMESTRU DE SARCINĂ

Al doilea trimestru de sarcină durează din săptămâna a 13-a până în săptămâna a 27-a după ultima dumneavoastră perioadă de menstruație (UPM). În jurul celei de-a 16-a săptămâni, vârful uterului dumneavoastră (fundul uterului) va fi la aproximativ jumătatea distanței dintre simfiza pubiană și ombilic. În jurul

săptămânii 27, fundul uterului va fi la 2-3 cm deasupra ombilicului. Acesta este momentul când sarcina devine vizibilă la majoritatea femeilor, care încep să poarte haine pentru gravide. La sfârșitul celui de-al doilea trimestru, fătul dumneavoastră are o lungime de aproximativ 25 cm și cântărește în jur de 650-700 g.

S-ar putea să găsiți că cel de-al doilea trimestru este partea cea mai ușoară a sarcinii. La majoritatea femeilor sâni devin dureroși, greața de dimineață și oboseala primului trimestru se diminuează sau dispar de-a lungul celui de-al doilea trimestru, în timp ce disconfortul fizic al ultimei perioade a sarcinii de acum urmează. Presiunea exercitată asupra vezicii urinare s-ar putea să se diminueze pe măsură ce uterul se ridică deasupra pelvisului.

Dacă aceasta este prima dumneavoastră sarcină, veți începe să simțiți fătul mișcându-se la aproximativ 18 până la 22 de săptămâni după ultima perioadă menstruală. Cu toate că fătul se mișcă de câteva săptămâni, mișcările nu au fost încă suficient de puternice pentru ca dumneavoastră să le fi observat până acum. La început, mișcările fătului pot fi atât de fine, încât nu veți fi sigură de ceea ce simțiți. Dacă ați mai fost însărcinată, veți observa probabil mișcările mai timpuriu, cândva între săptămânile 16 și 18.

Simptomele fizice pe care dumneavoastră s-ar putea să le aveți în timpul celui de-al doilea trimestru de sarcină includ:

- modificări ale aspectului pielii, inclusiv cel al pielii feței,
- modificări ale sânilor,
- hemoroizi și constipație,
- arsuri la stomac,
- sângerări ale nasului și ale gingiilor,
- crampe la picioare,
- infecții vaginale de origine bacteriană.

AL TREILEA TRIMESTRU DE SARCINĂ

Al treilea trimestru al sarcinii dumneavoastră durează din a 28-a săptămână până la naștere, care de obicei survine între a 38-a și a 42-a săptămână de sarcină. În acest timp fătul crește în dimensiuni, iar organele corpului devin mature. Fătul se mișcă frecvent, în special între a 27-a și a 32-a săptămână. În ultimele două luni de sarcină, fătul devine prea mare pentru a se mișca ușor în uter și se mișcă mai puțin. La sfârșitul celui de al treilea trimestru, fătul de obicei se poziționează cu capul în jos în uter. Vă veți simți probabil neconfortabil pe măsură ce vă apropiați de naștere.

Simptomele pe care s-ar putea să le aveți în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină includ:

- Un anume fel de contracții (contracții Braxton-Hicks), care nu sunt însă contracțiile expulziei.
- Dificultăți în respirație, din moment ce uterul este chiar sub cutia toracică și plămânii au mai puțin loc pentru a se extinde.
- Umflarea moderată a picioarelor și a gleznelor. Sarcina face ca o cantitate mai mare de lichide să fie sintetizată în organismul dumneavoastră. Aceasta, la care se adaugă presiunea pe care uterul o exercită asupra picioarelor, poate conduce la umflarea picioarelor și a gleznelor.
- Hemoroizi și constipație.
- Arsuri la stomac.
- Dificultăți în a dormi și în a găsi o poziție confortabilă. Poziția culcat pe spate împiedică circulația sângelui, iar culcatul pe burtă nu este posibil.
- Urinarea frecventă, cauzată de uterul mărit și de presiunea capului copilului asupra vezicii urinare.

Semnele că travaliul nu este departe și că se apropie momentul mult așteptat al nașterii sunt:

- Fătul se stabilizează în pelvisul dumneavoastră.

- Colul uterin începe să se subțieze, să se deschidă (se șterge) și să se dilate.
- Contracțiile Braxton-Hicks devin mai dese și mai puternice, probabil mai puțin dureroase.
- S-ar putea să simțiți crampe ale rectului sau o durere persistentă în partea de jos a spatelui.
- Membranele („punga cu apă”) s-ar putea să se rupă. În majoritatea cazurilor, ruptura membranelor survine o dată ce travaliul a început deja. La aproximativ 12% dintre femei, aceasta se întâmplă înainte ca travaliul să înceapă. Contactați-vă medicul imediat, dacă vi se pare că membranele s-au rupt înainte de începerea travaliului.

TRAVALIUL ȘI DECIZIILE ÎN VEDEREA NAȘTERII

În timpul vizitelor prenatale, veți stabili cu medicul dumneavoastră despre ceea ce ați dori să se întâmple în timpul travaliului. Cu toate acestea, din moment ce nici un travaliu sau nici o naștere nu se poate anticipa sau planifica în detaliu, pretențiile dumneavoastră ar trebui să rămână flexibile. Experiența dumneavoastră în momentul în care începe travaliul s-ar putea să fie total diferită față de ceea ce așteptați.

De aceea, dacă se ivește o urgență sau o situație neprevăzută, planul dumneavoastră de naștere poate fi modificat pentru siguranța dumneavoastră sau a copilului. Vi se îngăduie încă să luați poate unele decizii, dar posibilitățile dumneavoastră de alegere s-ar putea să fie limitate. Întocmirea unui plan de naștere v-ar putea ajuta să luați decizii în legătură cu următoarele aspecte:

- Locul unde va avea loc nașterea.
- Monitorizarea electrică a inimii fătului.
- Inducerea și grăbirea travaliului.
- Controlul durerii în timpul travaliului și al nașterii, incluzând controlul medicamentos al durerii (anestezia la nașterea naturală

– naștere fără dureri). Acest fapt este posibil cu condiția să vă asiste la naștere un medic anestezist calificat în asemenea tehnici moderne de analgezie.

- Medicația intravenoasă sau intramusculară.
- Anestezia locală.
- Dacă se impune intervenția chirurgicală, puteți opta pentru anestezia epidurală, rahidiană sau generală.
- Naștere vaginală sau prin cezariană.
- Epiziotomie la nașterea vaginală.
- Naștere asistată de forceps/extracție aspirată.

TRAVALIUL ȘI NAȘTEREA NORMALĂ

Procesul nașterii este cunoscut ca fiind format din două etape: travaliu și expulzie. Nimeni nu poate prezice cu exactitate când va începe travaliul. O femeie poate să aibă toate semnele care ar arăta că este gata să nască și acest lucru să nu se întâmple săptămâni întregi. O altă femeie poate să nu aibă semne înainte să intre în travaliul activ. Primele nașteri sunt în special mai dificil de anticipat.

Travaliul se împarte în două faze:

- travaliul timpuriu (latent);
- travaliul activ, propriu-zis, care este împărțit în trei etape:
 - ◆ în timpul primei etape a travaliului, colul uterin devine complet șters și dilatat;
 - ◆ în timpul celei de-a doua etape, copilul se naște;
 - ◆ în timpul celei de-a treia etape a travaliului, placenta este expulzată.

La ce vă puteți aștepta în timpul travaliului?

Dacă sosiți la spital sau la maternitate în timpul travaliului timpuriu, care vi se pare că începe să progreseze, trebuie să vă așteptați la următoarele:

- Veți fi examinată și pregătită pentru travaliu și naștere.
- Veți fi încurajată să umblați. Mersul ajută să vă întăriți contracțiile și ajută la mișcarea copilului în jos, spre vagin.
- Veți fi monitorizată rapid, pentru verificarea contracțiilor și ritmului inimii copilului.
- Pe măsură ce travaliul progresează, vă veți simți din ce în ce mai neconfortabil.

În timpul travaliului activ, pe măsură ce contracțiile devin mai puternice, s-ar putea să vi se pară dificil să stați în picioare.

- Veți avea restricții la mâncare și lichide. Unele spitale vă vor permite să beți doar lichide limpezi, în timp ce altele s-ar putea să vă permită să sorbiți bucăți de gheață sau să sugeți bomboane tari. Mâncarea solidă este adesea interzisă, deoarece stomacul digeră mâncarea mult mai încet în timpul travaliului. Un stomac gol este de asemenea necesar în cazul în care s-ar putea să aveți nevoie de o anestezie generală.
- Va trebui să începeți să folosiți tehnici de respirație, pentru a controla durerea și neliniștea.
- Va fi necesar să fiți ajutată pentru a vă urca în pat.
- Veți simți nevoia să vă schimbați pozițiile des. Acesta este un lucru bun pentru dumneavoastră, deoarece vă îmbunătățește circulația.
- Probabil vi se vor da lichide în perfuzie intravenoasă.

Expulzia

În această etapă va fi nevoie să aveți o mare dorință de a împinge la fiecare contracție și să colaborați cât mai eficient cu medicul obstetrician și cu moașa. Această etapă poate fi scurtă, de câteva minute, sau să dureze până la două-trei ore. Dacă nu ați optat pentru analgezie la naștere, așteptați-vă la dureri de intensitate destul de mare. Dar vor trece, oricum! Când capul copilului străbate vaginul,

veți simți o durere arzătoare. Capul este cea mai mare parte a copilului și partea cel mai greu de expulzat.

DUPĂ NAȘTERE

E normal ca după naștere să vă simțiți agitată, obosită și uimită, toate aceste senzații în același timp. S-ar putea să simțiți o stare de epuizare, de calm și liniște. Vi se va da voie să țineți copilul în brațe, să vă uitați și să vorbiți cu el. În timpul primei ore după naștere, vă puteți aștepta de asemenea să începeți să hrăniți copilul la sân, dacă plănuți să alăptați (și este foarte bine să o faceți!).

Expulzarea placentei (a treia etapă a travaliului) face ca, în 30 de minute după naștere, placenta să se detașeze și să străbată colul uterin, apoi vaginul, pentru a se exterioriza. S-ar putea să vi se dea un anumit medicament, specific, pentru a ajuta acest proces.

Contracțiile vor continua până ce placenta este expulzată, deci va trebui să vă concentrați și să respirați adânc în timpul acestei etape, care este de asemenea neconfortabilă, dar incomparabilă cu cea precedentă. S-ar putea însă să fiți atât de preocupată cu noul dumneavoastră născut, încât de-abia veți observa expulzarea placentei.

PRIMELE ORE DUPĂ NAȘTERE

În timpul primelor ore după naștere, medicul sau asistenta vor avea încă de lucru cu dumneavoastră:

- Vi se va repara perineul, dacă este rupt sau ați suferit o epiziotomie.
- Vi se va îndepărta micul tub de la spatele dumneavoastră (cateterul epidural), dacă vi s-a făcut o anestezie epidurală, în cadrul unei nașteri fără dureri. Dacă ați planificat și o legare a trompelor uterine cu aceeași ocazie a nașterii, cateterul probabil că va mai rămâne încă o perioadă de timp.
- Veți fi învățată să vă frecați pe abdomen la aproximativ fiecare 15 minute. Aceasta va ajuta la oprirea mai rapidă a sângerării.

Dacă uterul nu se contractă, s-ar putea să sângereze prea mult (hemoragie).

- Vi se va verifica presiunea arterială frecvent în următoarele câteva ore.

Verificați dacă vezica urinară nu este plină. O vezică urinară plină exercită presiune asupra uterului, ceea ce va împiedica contracțiile. Vi se va cere să încercați să urinați, ceea ce s-ar putea să fie dificil datorită durerii. Dacă nu puteți urina, probabil va fi folosită o sondă pentru a goli vezica urinară. Dificultățile în procesul de micțiune trec de obicei repede.

Alăptarea

Dacă decideți să alăptați, nu fiți surprinsă dacă dumneavoastră și copilul veți avea unele dificultăți la început. Alăptatul poate decurge natural, dar poate fi, de cele mai multe ori, o deprindere care trebuie învățată. Majoritatea spitalelor au asistente specializate, care să le ajute pe noile mame pentru a alăpta copilul la sân. Nu ezitați să cereți ajutor. Sfârcurile s-ar putea să fie dureroase sau chiar să plesnească la început, până se vor întări. Oricum ar fi, optați, dacă este posibil, pentru a alăpta copilul. Este cea mai bună hrană pe care i-o puteți da în acel moment.

Rolul dietei în timpul sarcinii și al alăptării

Sarcina și alăptarea sunt două stări fiziologice temporare ale organismului unei femei, în care dezvoltarea normală a fătului și menținerea sănătății mamei trebuie realizate și printr-un regim alimentar adecvat. Acest regim nu trebuie să fie diferit ca proporție de regimul alimentar anterior, în măsura în care acesta din urmă a fost bine formulat și urmat.

Necesarul de proteine al mamei este mai mare cu 25% în sarcină, mai ales în lunile a opta și a noua, când, datorită dezvoltării sale rapide, fătul își dublează greutatea. De aceea este necesar, în această perioadă, un aport mediu de 100 g de proteine/zi, furnizat de ouă,

lapte, brânză, pâine, mazăre, fasole și alte leguminoase uscate, nuci și fructe.

Grăsimile nu sunt necesare în cantitate crescută față de perioada anterioară. Un aport de 50 g de grăsimi/zi poate fi suficient, alegându-le însă pe cele mai ușor tolerabile și asimilabile: margarina, smântâna, frișca, untul de calitate, nucile, măslinile. Trebuie însă evitate grăsimile prăjite, iar, la femeile cu tendință la îngrășare, necesarul de grăsimi poate fi redus.

Glucidele sunt necesare în cantitate mai crescută (aprox. 500 g/zi) din cauza metabolismului mai intens al femeii în această perioadă și din cauza suprasolicitării ficatului pe care o face prezența sarcinii. De aceea, este indicat consumul de miere, orez, paste făinoase, pâine, cartofi, fructe proaspete, iar, în absența acestora, fructe coapte sau uscate.

Sarcina necesită și un aport suplimentar de săruri minerale, care au o importanță majoră pentru dezvoltarea fătului. Astfel, aportul de calciu în timpul sarcinii trebuie dublat, mai ales spre termen, calciu care poate fi adus în organism prin consumul zilnic a 500 g de lapte sau preparate din lapte (brânză, iaurt, sana), precum și, mai bine chiar, prin conopidă, fasole uscată, nuci, pâine integrală, varză.

În corelație cu calciul, fosforul intervine de asemenea în formarea scheletului fătului. Aportul de fosfor poate fi asigurat prin ouă, lapte, orez, pâine, cartofi.

Fierul, care contribuie la formarea globulelor roșii ale fătului, este utilizat în cantitate crescută (din cauza depunerii în ficatul acestuia), ceea ce va duce la anemierea mamei. Aportul de fier trebuie dublat, mai ales în partea a doua a sarcinii, prin consumul de fasole, linte, spanac, fulgi de ovăz.

În privința sării de bucătărie, este bine cunoscută tendința sau predispoziția gravidei de a face, în această perioadă, hipertensiune arterială. De aceea, aportul de sare trebuie diminuat la cel mult 4-5g/zi, motiv pentru care nu sunt indicate să fie consumate

murăturile, conservele și brânza sărată. Din luna a șaptea, reducerea aportului de sare trebuie să fie mai severă, astfel încât, în ultimele două săptămâni, femeia însărcinată este bine să mănânce complet nesărat. Prezența edemelor în timpul sarcinii solicită restricția de sare mult mai precoce.

Vitaminele, prin participarea lor la toate reacțiile chimice care se produc în cele două organisme, nu trebuie să lipsească din alimentația femeii.

Vitamina A, care protejează pielea și mucoasele, dar are și un rol în procesele oculare, se găsește în plantele viu colorate (morcovi, roșii, dovleac, spanac, urzici, caise, cireșe), dar și în lapte, brânză, smântână, gălbenuș de ou. Vărsăturile care apar, mai ales în perioada de debut a sarcinii, pot fi cauzate și de lipsa vitaminei A.

Vitaminele din grupul B (B1, B2, B6, B12) au un rol în buna funcționare a sistemului digestiv și nervos. Lipsa lor duce la scăderea poftei de mâncare, dureri de tip nevrotic, edeme. Aceste vitamine se pot găsi în pâinea integrală (foarte indicată în perioada gravidității și nu numai), în alte cereale, în spanac, sfeclă, varză, nuci, ouă.

Vitamina C este deosebit de importantă prin creșterea capacității de apărare a organismului la infecții, prin favorizarea absorbției calciului și prin creșterea rezistenței vaselor sanguine. Absența acestei vitamine duce la senzația de oboseală și la apariția de hemoragii gingivale. Această vitamină poate fi adusă în organism prin consumul crescut de portocale, lămâi, ardei grași, salată verde, mazăre, roșii, cartofi. Este foarte important modul de prezentare a acestor alimente. Vitamina C se distruge în parte prin fierbere sau chiar prin lăsarea alimentelor în apă. De aceea, ele trebuie spălate cu apă curgătoare și trebuie fierte în aburi, nu în apă. Cartofii, de exemplu, trebuie fierti în coajă și nu trebuie curățați mai întâi, pentru că, dacă nu sunt curățați mai înainte, conținutul lor în vitamina C este de trei ori mai mare după fierbere decât dacă ar fi fost curățați.

Vitamina D intervine de asemenea în fixarea calciului în oase. Ea se găsește în alimente mai ales sub formă de provitamina D, care se fixează sub piele și din care se transformă, sub influența razelor de soare UV, în vitamina D. Vitamina D preformată se găsește în lapte, în gălbenuș de ou, în unt, smântână și, în cantități mici, în fructe.

Vitamina E favorizează păstrarea sarcinii în primele luni, tonifică vasele capilare și are rol în funcționarea glandelor sexuale. Deficitul în această vitamină se manifestă prin tulburări în circulația capilară, tendința la sângerare sau la avort. Vitamina E poate fi adusă în organism prin consumul de cereale necojite, legume și zarzavaturi proaspete (mazăre verde, țelină), uleiuri vegetale (de floarea-soarelui), lapte.

Vitamina K are rol important în coagularea sângelui. Nivelul scăzut al acesteia poate produce hemoragii cu diferite localizări. Ea se găsește mai ales în spanac, conopidă, varză, grâu, porumb, morcovi, sfeclă, roșii, cartofi și urzici.

Dacă pofta de mâncare lipsește în prima perioadă a sarcinii, după luna a treia, aceasta revine și apoi crește, ceea ce va predis pune gravida la îngrășare, cu toate consecințele negative (disgravidie), legate de aceasta. De aceea, trebuie evitate „gustările” între mese sau aportul caloric exagerat (maximum 2500 de calorii/zi, când femeia lucrează). Mesele vor fi luate la ore fixe, deoarece digestia gravidei se face mai greu, iar repausul după mese este obligatoriu.

Este interzis consumul de cafea, de alcool, de alimente foarte grase și de condimente.

Femeile care alăptează trebuie să urmeze aceleași recomandări, evitând în plus alimentele care pot da un gust neplăcut laptelui sau pot produce tulburări digestive la sugar (ceapa, usturoiul, cafeaua, alcoolul).

8.2. SARCINA: O MINUNE PLANIFICATĂ – METODE DE CONTRACEPȚIE

Metodele de contracepție reprezintă un ansamblu de mijloace menite să prevină instalarea unei sarcini nedorite și, implicit, efectuarea unui avort, care reprezintă nu numai o agresiune inacceptabilă asupra mamei și asupra unui mic organism aflat deja în formare, ci și un gest discutabil din punct de vedere moral. Astăzi, când mijloacele de contracepție sunt din ce în ce mai performante și mai ușor abordabile, când riscurile legate de utilizarea acestora au devenit atât de mici, până la anularea lor, pare incredibil, de neacceptat și totuși dramatic de real faptul că, în România, există încă mii de femei care aleg avortul ca metodă de rezolvare a unei sarcini nedorite, cu tot ceea ce este legat de un asemenea act agresiv.

Când o femeie alege o metodă contraceptivă, trebuie să țină cont de câteva elemente specifice:

- vârsta: anumite metode sunt mai indicate înainte de apariția unui copil, altele după nașterea acestuia;
- starea de sănătate: ca orice medicament sau produs medical, și metodele contraceptive au indicații și contraindicații;
- obiceiurile de viață: ritmul de activitate, obiceiurile alimentare, frecvența raporturilor sexuale;
- cât de mare este dorința de a evita o sarcină: apariția unei sarcini neplanificate este o tragedie sau doar o întâmplare acceptabilă?

Pentru a putea face cea mai bună alegere, vom trece în revistă principalele metode contraceptive, cu avantajele și dezavantajele pe care acestea le au.

METODE CONTRACEPTIVE DESTINATE BĂRBAȚILOR

Prezervativul este o membrană de cauciuc foarte subțire, de formă cilindrică, închis la un capăt, unde este prevăzut și cu un rezervor pentru colectarea spermei. El se constituie într-o barieră artificială între vaginul femeii și sperma eliminată de bărbat.

Metoda are foarte multe avantaje: este singura care protejează eficient împotriva bolilor cu transmitere sexuală (SIDA, bolile venerice etc.), are eficiență ridicată (peste 85%), eșecul fiind dat de ruperea acestuia sau de folosirea incorectă, este ieftin, ușor de procurat și nu are nici un efect secundar.

Dezavantajele metodei sunt: necesită instruire pentru folosire (modul de folosire se găsește descris în cutii), iar uneori este neacceptat, întrucât intervine în desfășurarea actului sexual.

Actul sexual întrerupt reprezintă extragerea penisului din vagin în momentul premergător ejaculării.

Este o metodă nesigură, întrucât momentul retragerii poate fi întârziat, 1-2 picături de spermă pot fi eliminate și înaintea ejaculării propriu-zise; poate fi un act traumatizant din punct de vedere psihologic și poate crea inhibiții.

Ligatura canalelor spermatiche reprezintă secționarea și ligatura canalelor prin care spermatozoizii formați la nivel testicular ajung în spermă. Astfel, bărbatul va avea în continuare aceeași cantitate de spermă, dar fără spermatozoizi în ea.

Este o intervenție chirurgicală simplă, rapidă, care implică două mici incizii pentru evidențierea și ligatura canalelor. Nu prezintă nici un risc chirurgical, are eficiență deplină, nu interferează cu performanța sexuală, dar fertilitatea bărbatului va fi anulată ireversibil.

METODE CONTRACEPTIVE DESTINATE FEMEILOR

Metoda calendarului este o metodă care ține cont de faptul că ovulația (eliminarea unui ovul de la nivelul ovarului) se produce aproximativ la mijlocul perioadei ciclului menstrual (perioada dintre începutul a două menstruații succesive), deci aproximativ în a 14-a zi a unui ciclu regulat de 28 de zile.

Din acest motiv, activitatea sexuală cu o săptămână înainte și după momentul presupus al ovulației se realizează utilizând o metodă de contracepție temporară sau prin abținere. Metoda este

însă riscantă, întrucât ciclurile pot avea variații de la o lună la alta și pot apărea ovulații neprevăzute.

Metoda poate fi îmbunătățită utilizând măsurarea zilnică, dimineața, a temperaturii intravaginale: dimineața în care se înregistrează o creștere bruscă a temperaturii coincide cu momentul ovulației.

Principalul avantaj al metodei este acela că este o metodă complet naturală.

Pilula combinată este o tabletă care conține cantități mici de hormoni sexuali, asemănători celor produși de organismul femeii (estrogen și progesteron). Acești hormoni blochează eliberarea lunară a ovulului și, prin îngroșarea secreției colului uterin, blochează pătrunderea spermatozoizilor în uter.

Se prezintă sub formă de folii cu 21 sau 28 de tablete, care trebuie luate riguros în fiecare zi și, de preferat, la aceeași oră.

Are multiple avantaje: este extrem de eficientă (99%), în scurt timp de la oprirea administrării, capacitatea de a avea o sarcină revine, nu influențează desfășurarea actului sexual, se poate folosi pentru amânarea menstruației, protejează împotriva unor boli, cum ar fi cancerul de ovar sau de uter, tumorile necanceroase de sân și chisturile ovariene.

Dezavantajele acestei metode sunt legate de faptul că pilula trebuie luată în fiecare zi (uitarea duce la dispariția protecției), nu protejează împotriva bolilor cu transmitere sexuală și poate avea unele reacții adverse. Astfel, pilula combinată trebuie evitată de femeile cu sângerări genitale de cauză nelămurită, de cele care au avut tromboflebite, infarct, diferite forme de cancer, accidente vasculare cerebrale, de cele care alăptează, precum și de fumătoarele de peste 35 de ani. Necesită prudență în administrare la femeile cu boli hepatice, cu hipertensiune arterială, diabet sau epilepsie.

În primele trei luni de la administrare pot apărea (apoi dispar, de obicei) mici sângerări între menstruații, grețuri, sâni dureroși,

creșteri în greutate. De regulă, pilulele sunt indicate femeilor care nu au avut încă o sarcină, dar, în perspectivă, își doresc copii.

Pilula monohormonală conține doar un singur hormon – progesteron – care, prin îngroșarea secrețiilor colului uterin, împiedică pătrunderea spermatozoizilor în uter.

Are același mod de administrare și aceleași avantaje și dezavantaje ca și pilula combinată, eficiență de 96-98%, dar, în plus, poate fi folosită și de femeile care alăptează și de fumătoare.

Crește riscul tulburărilor de menstruație și al sarcinilor extra-uterine și nu se recomandă la femeile care au chisturi ovariene, precum și în celelalte cazuri descrise la metoda anterioară.

Dispozitivul intrauterin (steriletul) este un dispozitiv din plastic, prevăzut cu niște fire sau inele de metal, care se introduce în uter în scopul prevenirii fixării ovulului fecundat în uter. Există sterilete moderne, care conțin hormoni sau cupru și care pot rămâne în uter chiar până la 5-10 ani.

Dispozitivul este introdus în uter de către medic, în timpul menstruației, femeia fiind instruită de către acesta despre modul în care se controlează poziția corectă a dispozitivului.

Principalele avantaje ale acestei metode sunt: este foarte eficientă (97-99%), nu intervine în desfășurarea actului sexual, nu necesită o îngrijire specifică și, la retragerea lui, femeia poate redeveni fertilă.

La fel ca celelalte metode adresate femeilor, nici steriletul nu protejează împotriva bolilor cu transmitere sexuală, uneori poate determina sângerări mai abundente în timpul menstruației sau sângerări între menstruații. Mai ales la început, poate produce mici dureri abdominale.

Nu este recomandată utilizarea steriletului la femeile care nu au născut niciodată, la cele care au avut o sarcină extrauterină și la cele care au sângerări genitale.

Diafragma este o membrană de cauciuc care, acționând ca o barieră, împiedică pătrunderea spermatozoizilor în uter. Se

utilizează împreună cu un spermicid (substanță chimică ce distruge spermatozoizii) cu care se acoperă ambele fețe ale diafragmei înainte de introducerea acesteia în vagin.

Diafragma se menține cel puțin șase ore după ultimul act sexual, pentru a permite spermicidului să acționeze, iar dacă actul sexual are loc la mai mult de trei ore după introducerea acesteia, este nevoie de adăugarea unei noi cantități de spermicid. Spermicidele se găsesc sub formă de creme, unguente, geluri, spume, ovule, pelicule, au o eficiență de 70-75%, dar, împreună cu diafragma, eficiența metodei crește la 90-95%. Spermicidele sub formă de ovule se introduc cu mâna, iar cremele, spumele sau gelurile, cu ajutorul unui aplicator: un fel de seringă de plastic.

Diafragma are avantajul că nu are efecte secundare, asigură protecție imediată, complet reversibilă și nu întrerupe actul sexual. Pe de altă parte însă, metoda necesită instruire prealabilă asupra modului de folosire, nu este permanentă și poate produce reacții alergice la femeile alergice la produsele de cauciuc.

Nu se recomandă utilizarea diafragmei la femeile cu infecții urinare repetate și la cele la care dimensiunile vaginului nu permite adaptarea diafragmei. Uneori poate produce o stare de disconfort local.

Contraceptivele injectabile sunt soluții injectabile care conțin progesteron și care, prin împiedicarea eliberării lunare a ovulului, realizează o contracepție hormonală prelungită.

Prima injecție se administrează în primele zile ale menstruației, iar următoarele, la interval de 8-12 săptămâni.

Metoda are mai multe avantaje: are eficiență de 99%, efectul contraceptiv este complet reversibil, poate fi folosită de femeile care alăptează sau de cele care nu pot lua pilula combinată.

Dezavantajele metodei sunt date de faptul că pot produce tulburări de menstruație, necesită o perioadă mai lungă de timp de la oprirea administrării până la reluarea fertilității, metoda nefiind recomandată la femeile cu sângerări genitale de cauze necunoscute,

la cele cu probleme cardiovasculare, cu tumori canceroase sau cu epilepsie.

Ligatura trompelor este o metodă chirurgicală prin care trompele uterine se secționează și se leagă prin operație (mai nou, pe cale endoscopică, prin trei mici incizii de 1 cm fiecare). Astfel, ovulul eliberat nu va mai ajunge, prin trompă, în uter.

Este o metodă de sterilizare definitivă, ireversibilă, aplicabilă femeilor care au avut copii și care au decis că nu mai doresc o altă sarcină. Este sigură, fără nici o reacție adversă, și este din ce în ce mai mult dorită de femeile de vârstă adultă, care deja au familia completă.

Trecând în revistă toate aceste metode, trebuie reținut faptul că, în afara metodelor chirurgicale de legare a canalelor spermatiche, respectiv a trompelor, restul metodelor, deși unele mai sigure decât altele, nu asigură o protecție de 100%. Decizia de a alege o metodă contraceptivă sau alta sau de a nu alege nici una este o decizie personală, care se ia în cadrul cuplului (al familiei), ținând cont de avantajele și dezavantajele fiecăreia. Vizita la un cabinet specializat, de planing familial, poate face însă decizia mai ușoară.

8.3. CANCERUL DE SÂN

Celulele din corp se divid într-un ritm potrivit, controlat, atunci când organismul are nevoie de celule. Câteodată însă, celulele dintr-o parte a corpului cresc și se divid necontrolat, iar ca rezultat se creează o masă de țesut numită tumoră. Dacă celulele care cresc necontrolat sunt celule normale, tumora este numită benignă (necanceroasă). Dacă totuși celulele care cresc necontrolat sunt anormale și nu funcționează ca celulele normale ale corpului, tumora este numită malignă (canceroasă). Cancerul este numit după partea corpului din care provine. Cancerul de sân provine din țesutul sânelui. Ca și alte tipuri de cancer, și cancerul de sân poate invada și țesutul care înconjoară sânul. De asemenea, se poate răspândi și în alte părți ale corpului, formând noi tumori, proces numit metastazare.

Care sunt factorii de risc ce pot duce la apariția cancerului de sân?

Factorul de risc este orice situație care mărește riscul apariției unei anumite boli. Vârsta unei persoane, factorii genetici, starea generală de sănătate și dieta, toate pot constitui factori de risc pentru cancerul de sân.

Cine se îmbolnăvește?

Cancerul de sân este cel mai comun tip de cancer întâlnit la femei. El se află pe locul doi pe lista tuturor formelor de cancer care provoacă moartea la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 54 de ani. În 2001, în SUA, un număr de 192.200 de femei au fost diagnosticate cu cancer la sân și aproximativ 40.600 au murit. Cu toate că aceste cifre ne pot înspăimânta, rata mortalității la femeile de peste 50 de ani poate să scadă cu 30%, dacă acestea își fac examinări periodice de control.

Doar 5-10% dintre femeile care suferă de cancer la sân sunt predispuse genetic la această boală. Majoritatea cazurilor sunt „spontane”, însemnând că nu se transmit genetic. Riscul apariției cancerului de sân crește o dată cu vârsta.

Care sunt simptomele apariției cancerului de sân?

Simptomele prin care se manifestă cancerul de sân sunt următoarele:

- umflături sau îngroșări din zona sânilor sau sub braț, care persistă după încheierea menstruației;
- schimbări în mărimea, forma sau culoarea sânelor;
- lichid de culoarea sângelui sau transparent, secretat de sfârc;
- schimbarea înfățișării sânelor sau a sfârului (încrêțire, gropițe sau inflamare);
- înroșirea pielii la nivelul sânelor sau al mamelonului (sfârului);
- apariția unei zone care este clar diferită de orice altă zonă de pe oricare dintre sâni.

Aceste modificări pot fi descoperite în timpul autoexaminărilor lunare ale sânilor. Realizând aceste autoexaminări ale sânilor, puteți deveni familiară cu modificările lunare normale care apar la nivelul sânilor dumneavoastră.

Care sunt tipurile de cancer ale sânului?

Cele mai întâlnite tipuri de cancer ale sânului sunt:

- **Carcinomul ductal, invaziv (infiltrativ).** Acest tip de cancer începe la nivelul canalelor galactofore ale sânului. Apoi el trece dincolo de pereții canalului și invadează țesutul gras al sânului. Această formă de cancer se întâlnește cel mai des, reprezentând circa 80% din totalul cazurilor. Carcinomul ductal *in situ* este carcinomul ductal în cel mai timpuriu stadiu al său (stadiul zero). *In situ* se referă la faptul că acest cancer nu s-a răspândit dincolo de punctul său de origine. În acest caz, boala se restrânge la nivelul canalelor galactofore și nu a invadat țesutul învecinat al sânului. Dacă nu este tratat, carcinomul ductal *in situ* se poate transforma într-un cancer invaziv. El este aproape întotdeauna vindecabil.
- **Carcinomul lobular invaziv (infiltrant).** Acest tip de cancer începe la nivelul lobulilor sânilor, acolo unde este produs laptele, dar se răspândește la țesuturile înconjurătoare și în restul corpului. El reprezintă circa 10-15% din tipurile de cancer de sân. Carcinomul lobular *in situ* este un tip de cancer localizat doar la nivelul lobulilor sânilor. Nu este un cancer adevărat, dar servește ca indicator al creșterii riscului de a dezvolta un cancer de sân mai târziu, probabil la nivelul ambilor sâni. Astfel, este important ca femeile care suferă de un carcinom lobular *in situ* să facă examene clinice regulate ale sânilor și mamografii. Cancerul poate apărea și în alte părți ale sânului, dar astfel de tipuri de cancer sunt mai rare.

Care sunt stadiile cancerului de sân?

- Stadiul 0 este atunci când boala este localizată la nivelul sânului și nu cuprinde nodulii limfatici (carcinomul *in situ*).
- Stadiul I: tumora canceroasă are un diametru mai mic de 2,5 cm și nu s-a răspândit în alte zone sau țesuturi.
- Stadiul II este reprezentat de una dintre situațiile următoare:
 - ◆ Stadiul II A: tumora are un diametru mai mic de 2,5 cm, dar s-a răspândit la nodulii limfatici ai axilei (sub braț).
 - ◆ Stadiul II B: tumora are un diametru între 4 și 5 cm (cu sau fără extinderea sa la nivelul nodulilor limfatici) sau are un diametru mai mare de 5 cm și nu s-a răspândit la nodulii limfatici ai axilei. Cancerul de sân avansat (metastatic) rezultă după ce aceste celule cancerigene se răspândesc la nivelul nodulilor limfatici și al altor părți ale organismului.
- Stadiul III: tumora are un diametru mai mare de 5 cm și s-a răspândit la nodulii limfatici ai axilei sau poate fi o tumoră care poate avea orice dimensiuni cu noduli limfatici prinși, care aderă între ei sau la țesutul înconjurător (stadiul III A)
 - ◆ Stadiul III B: tumoră, indiferent de mărime, care s-a răspândit în regiuni îndepărtate față de sân, cum ar fi plămânii sau nodulii limfatici îndepărtați.

Cum este diagnosticat cancerul de sân?

În timpul examenului clinic pe care îl faceți la medic, acesta va lua în considerare dacă ați avut în familie rude cu o asemenea boală. Apoi va realiza o examinare a sânilor și va face, probabil, și unul sau mai multe teste.

Examinarea sânilor. În timpul examinării sânilor, medicul va palpa cu grijă umflătura și țesutul din jurul ei. De obicei, cancerul de sân este diferit (ca mărime, ca aspect și ca mobilitate față de țesuturile din jur) de umflăturile benigne.

Mamografia este o examinare radiologică a sânilor, deci cu raze X, care poate da informații importante cu privire la umflătura de la nivelul sânului. Mamografia digitală este o tehnică nouă, în care o imagine a sânului obținută cu ajutorul razelor X este înregistrată de un computer, și nu pe film. Sistemul de mamografie digitală, față de utilizarea standard a radiografiilor obținute cu ajutorul razelor X, nu au arătat că imaginile digitale ar fi mai eficiente în descoperirea cancerului decât radiografiile obținute cu razele X, dar ele pot reduce expunerea dumneavoastră la radiații.

Ultrasonografia (ecografia mamară). Acest test utilizează undele de tip ultrasunete pentru a detecta caracterul umflăturii, dacă este chist plin cu lichid (înseamnă că, de regulă, nu este canceros!) sau o masă tumorală solidă, care poate sau nu să fie canceroasă. Metoda poate fi realizată împreună cu mamografia.

Bazându-se pe rezultatele acestor examinări, medicul dumneavoastră s-ar putea să ceară efectuarea unei **biopsii**, pentru a obține o probă a masei de celule sau a țesutului sânului. Biopsiile se realizează printr-o intervenție chirurgicală sau cu ajutorul unui ac special, care recoltează un fragment din zona suspectă. După ce proba este scoasă, ea este trimisă la laborator, în vederea efectuării examinării microscopice. Un medic anatomopatolog – un medic specializat în diagnosticul modificărilor anormale ale țesuturilor – cercetează proba și caută forme de celule anormale sau modele de creștere. Atunci când cancerul este prezent, anatomopatologul poate spune despre ce tip de cancer este vorba (carcinom ductal sau lobular) și dacă s-a răspândit dincolo de lobuli (invaziv).

Cel mai eficient mod de a lupta împotriva cancerului de sân este ca acesta să fie depistat chiar din primele stadii. Cu toate că cele mai eficiente modalități de diagnostic sunt mamografia și examinarea clinică, și autoexaminarea sânilor poate fi o modalitate utilă de a depista devreme o posibilă tumoră mamară. De fapt, femeile care se autoexaminează regulat își pot examina 90% din masa sânului. Dacă este depistat încă din primele stadii, șansele

de vindecare a bolii cresc semnificativ. În plus, nu trebuie uitat faptul că 80% dintre tumorile sânelor nu sunt canceroase.

Autoexaminarea este o modalitate pe care orice femeie o are la dispoziție spre a-și descoperi singură posibilele modificări care pot semnala cancerul de sân.

Când ar trebui făcută autoexaminarea sânelor?

Sânii ar trebui examinați o dată pe lună, aproximativ la 3-5 zile după încheierea menstruației. Dacă nu mai aveți menstruație, autoexaminați-vă mereu, în aceeași zi a lunii (de exemplu, în prima zi a lunii sau în oricare zi pe care o alegeți dumneavoastră). Cu fiecare examinare, deveniți mai familiară cu sânii dumneavoastră, astfel încât veți remarca foarte ușor orice schimbare.

Cum să-mi autoexaminez sânii?

Pentru autoexaminare, urmați pașii descriși mai jos:

În oglindă:

- Stați dezbrăcată până la nivelul taliei, în fața oglinzii, într-o încăpere bine luminată.
- Priviți-vă sânii. Nu fiți alarmată dacă nu sunt egali în mărime sau formă. Majoritatea nu sunt!
- Cu mâinile relaxate pe lângă corp, căutați cu privirea orice modificare de mărime, formă, contur, aspect sau culoare. Căutați orice încrețire, depresiune, erupție, punct dureros sau chiar decolorare a pielii.
- Verificați dacă sfârcurile sunt înfundate, prezintă răni sau nu sunt poziționate în aceeași direcție.
- Apoi puneți-vă mâinile pe umeri și împingeți ușor umerii în față. Întoarceți-vă într-o parte și în alta, pentru a vă examina și părțile laterale ale sânelor.
- Apoi aplecați-vă înainte, spre oglindă. Rotiți-vă umerii și coatele în față, ca să întăriți mușchii pieptului. Sânii vor cădea înainte. Căutați orice schimbare în forma sau conturul lor.

- Acum puneți mâinile în spatele capului, la ceafă, și împingeți-le înainte. Din nou întoarceți-vă într-o parte și în alta, pentru a vă examina și părțile laterale ale sânilor.
- Amintiți-vă să vă uitați și la linia de sub sâni. Pentru aceasta, ridicați-vă sânii cu mâinile.
- Verificați dacă mameloanele prezintă secreții. Puneți-vă degetul mare și arătătorul pe un șervețel în jurul sfârcului și trageți spre capătul acestuia. Căutați orice scurgere. Repetați operațiunea și pe celălalt sân.

La duș:

Acum este timpul să simțiți dacă sunt modificări. Ar fi de foarte mare ajutor să aveți mâinile săpunite, pentru a aluneca mai ușor.

- Căutați orice umflătură sau îngroșare sub braț. Puneți mâna stângă pe șold și cu dreapta încercați să atingeți zona de sub brațul stâng (axila). Repetați manevra și pe cealaltă parte.
- Căutați umflături sau îngroșări deasupra și dedesubtul claviculei.
- Cu mâinile săpunite țineți sânul într-o mână, în timp ce pe cealaltă o folosiți pentru a vă palpa sânul. Folosiți partea netedă a degetelor pentru a apăsa cu grijă pe sân.
- Faceți mișcări în sus și în jos peste sân, de la linia sutienului până la claviculă. Continuați mișcarea până ce ați acoperit întregul sân. Repetați și pe celălalt sân.

În poziție întinsă pe spate:

Culcați-vă pe spate și puneți o pernă mică sau un prosop împăturit sub umărul drept. Puneți-vă mâna dreaptă în spatele capului, la ceafă. Puneți mâna stângă, cu degetele împreunate, pe partea de sus a sânelui drept. Crema de corp poate face această examinare mai ușoară.

- Gândiți-vă la sânii dumneavoastră ca la fața unui ceas. Începeți cu ora 12 și mutați-vă spre ora 1 cu mișcări circulare mici.
- Continuați pe întreaga suprafață până ajungeți din nou la ora 12.

- Țineți-vă degetele în contact permanent cu sânii.
- Când cercul este complet, mutați-vă degetele cu un centimetru pe sfârc și faceți încă un cerc în jurul ceasului. Continuați cu acest procedeu până ați acoperit întregul sân. Asigurați-vă că ați masat și partea care duce sub braț.
- Puneți-vă degetele pe vârful sfârului. Căutați orice schimbare care ar fi putut să apară sub el. Apoi apăsați-l cu grijă înăuntru. Ar trebui să se miște ușor. Repetați pașii și pe celălalt sân.

Ce trebuie să fac atunci când găsesc o umflătură?

Consultați medicul pentru orice modificare găsită la sânii dumneavoastră, care persistă și după ciclul menstrual, sau pentru orice alte modificări apărute și care vă îngrijorează. Apelați la o consultație pentru următoarele motive:

- apariția unei zone diferite de celelalte zone, pe oricare dintre sâni.
- apariția unor umflături sau îngroșări care sunt fie în sân, fie sub braț și care persistă și după ciclul menstrual.
- apariția unor modificări în mărime, formă sau conturul sânilor.
- modificări de aspect pe pielea sânelor sau pe sfârc (încrêțire, deprimare sau inflamare).
- apariția de lichid de culoarea sângelui sau transparent, secretat de sfârc.
- roșeață pe pielea sânelor sau a sfârului.

Cum se tratează cancerul de sân?

Dacă examinările medicale descoperă existența unui cancer de sân, tratamentul urmează la câteva săptămâni de la punerea diagnosticului. Tipul de tratament recomandat va depinde de mărimea și de localizarea tumorii la nivelul sânelor, de rezultatele testelor de laborator realizate asupra celulelor canceroase și de stadiul sau extinderea bolii. De obicei, medicul ia în considerare

vârsta și starea dumneavoastră generală de sănătate, precum și opiniile dumneavoastră referitor la opțiunile de tratament.

Tratamentele cancerului de sân sunt *locale* sau *sistemice*.

Tratamentele locale sunt utilizate pentru a înlătura, a distruge celulele canceroase dintr-o anumită zonă, cum ar fi sânul. Intervenția chirurgicală și tratamentul cu radiații sunt tratamente locale.

Tratamentele sistemice sunt utilizate pentru a distruge sau controla celulele canceroase din întregul corp. Chimioterapia și terapia cu hormoni sunt tratamente sistemice. O pacientă poate beneficia doar de una dintre aceste forme de tratament sau o combinație a acestora, în funcție de nevoi.

Intervenția chirurgicală

Intervenția chirurgicală de păstrare a sânelui implică îndepărtarea porțiunii canceroase a sânelui și o zonă de țesut normal, care înconjoară cancerul, în timp ce medicii se străduiesc să păstreze aparența normală a sânelui. Această procedură este numită tumorectomie sau mastectomie parțială (îndepărtarea parțială a sânelui).

Unii dintre nodulii limfatici ai axilei sunt de asemenea îndepărtați cu aceeași ocazie. De obicei, o radioterapie de șase până la opt săptămâni este utilizată pentru tratarea țesutului rămas al sânelui. Majoritatea femeilor care au o tumoră mică, într-un stadiu timpuriu, sunt candidate excelente ale acestui mod de abordare terapeutică.

Mastectomia totală (îndepărtarea întregului sân) este o altă opțiune chirurgicală. Procedurile de mastectomie practicate astăzi nu mai sunt aceleași ca vechile mastectomii radicale. Mastectomiile radicale erau proceduri extinse, care implicau îndepărtarea țesutului sânelui, a pielii și a mușchilor peretelui toracic. Astăzi, procedurile de mastectomie, în mod obișnuit, nu îndepărtează mușchii și, în cazul multor femei, mastectomiile sunt însoțite fie de o reconstrucție imediată, fie de una ulterioară a sânelui.

Ce se întâmplă după tratament?

După încheierea tratamentului cancerului de sân, echipa de tratament, care de obicei include un medic oncolog, care lucrează împreună cu chirurgul, vă poate sfătui să apelați la administrarea unei forme de chimioterapie. Aceste tratamente sunt utilizate pe lângă tratamentul local al cancerului de sân, și nu în locul lui, cu ajutorul intervenției chirurgicale și al radioterapiei.

Prezența unei tumori benigne (necanceroase) la nivelul sânului poate mări riscul apariției cancerului la sân?

Prezența unei tumori benigne la nivelul sânului crește rar riscul de a dezvolta un cancer de sân. Biopsiile unor femei indică prezența unei stări numite *hiperplazie* (creșterea excesivă a celulelor). Această stare contribuie la creșterea riscului doar în foarte mică măsură.

Când biopsia indică prezența unei hiperplazii și a celulelor anormale, stare numită hiperplazie atipică, riscul apariției unui cancer de sân crește considerabil. Hiperplazia atipică apare la aproximativ 5% dintre biopsiile tumorilor benigne ale sânului.

Cum mă pot proteja de cancerul de sân?

Urmați acești pași în vederea depistării rapide a unei forme de cancer de sân:

- Faceți-vă o mamografie. Societatea Americană de Cancer recomandă realizarea unei mamografii, utilizate ca indicator, la vârsta de 30 de ani și a unei mamografii computerizate în fiecare an după vârsta de 40 de ani. Mamografiile sunt o parte importantă a dosarului dumneavoastră medical.
- Examinați-vă sânii în fiecare lună după vârsta de 20 de ani, după tehnica descrisă mai sus. Veți deveni mai familiarizată cu contururile și veți fi mult mai alertată atunci când apar modificări.
- Mergeți la un specialist care să realizeze un consult al sânilor la fiecare trei ani după vârsta de 20 de ani și la fiecare an după

40 de ani. Examenenele clinice ale sânilor pot detecta modificări care nu pot fi detectate de o mamografie.

8.4. CANCERUL DE COL UTERIN

Cancerul de col uterin este unul dintre cele mai întâlnite forme de cancer, reprezentând 6% din numărul total al formelor de cancer depistate la femei. În Statele Unite este estimat anual un număr de 16.000 de noi cazuri de cancer invaziv de col uterin și 5.000 de morți produse din această cauză.

Colul uterin este partea cea mai joasă și îngustă a uterului, care realizează legătura acestuia cu vaginul. El face parte din sistemul reproducător feminin.

Incidența cancerului de col uterin *in situ* (cancerul de col uterin care nu s-a răspândit în alte părți ale corpului) atinge un vârf între vârsta de 20 și 30 de ani. După vârsta de 25 de ani, numărul cazurilor de cancer de col uterin invaziv crește o dată cu vârsta, riscul de a muri de cancer de col uterin crescând pe măsură ce femeile îmbătrânesc.

Prognosticul pentru această boală este determinat de extinderea bolii în momentul diagnosticării ei. Deoarece marea majoritate (mai mult de 90%) din aceste cazuri pot și ar trebui să fie detectate timpuriu prin folosirea testului Pap (Papanicolau), rata actuala a decesului este mult mai ridicată decât ar trebui să fie și reflectă faptul că acest test nu este făcut pe aproximativ o treime dintre femeile care suferă de această boală, dar care nu sunt diagnosticate la timp.

Factori implicați în apariția bolii

Printre factorii majori care influențează prognosticul sunt:

- stadiul în care este descoperit cancerul,
- volumul și gradul tumorii,
- tipul histologic,
- răspândirea limfatică și invazia vasculară.

S-a estimat că, în Statele Unite, mai mult de șase milioane de femei suferă de infecție cu *papilloma virus* (HPV), ceea ce face ca o interpretare adecvată a acestor date să fie importantă. Studii epidemiologice au demonstrat în mod convingător că factorul major de risc în dezvoltarea carcinomului de col uterin preinvaziv sau invaziv este infecția cu *papilloma virusul* uman, care depășește cu mult alți factori cunoscuți. Există peste 80 de tipuri de *papilloma virus* uman. Aproximativ 30 de tipuri sunt transmise pe cale sexuală și pot infecta colul uterin. În jur de jumătate din aceste infecții au fost legate de apariția cancerului de col uterin. Infecția colului uterin cu *papilloma virusul* uman este factorul de risc primar în cazul cancerului de col uterin. Deși infecția cu *papilloma virusul* uman este foarte frecventă, totuși un procent mic dintre femeile infectate cu un tip de *papilloma virus* netratat vor dezvolta cancer de col uterin.

Femeile infectate cu virusul imunodeficienței umane (HIV), la care se asociază această formă de cancer, au o boală mai rapid evolutivă și un prognostic mai prost.

Dintre ceilalți factori implicați, mai pot fi luați în considerare:

- Nașterile multiple.
- Numărul ridicat al partenerilor sexuali.
- Vârsta scăzută la primele relații sexuale. Toate femeile trebuie să facă examene ginecologice regulate la începerea vieții sexuale sau începând cu vârsta de 18 ani. Prevenirea bolilor cu transmitere sexuală reduce riscul apariției unui cancer de col uterin.
- Statutul socio-economic precar.
- Fumatul poate fi asociat cu un risc crescut de apariție a cancerului de col uterin.

Prevenirea cancerului de col uterin

Femeile care nu și-au făcut în mod regulat un test Pap sunt predispușe unui mare risc de a dezvolta cancer de col uterin. Cei mai importanți pași în prevenirea cancerului de col uterin sunt

realizarea unor examene ginecologice regulate și a testelor Pap. Modificările anormale care apar la nivelul colului uterin pot fi detectate cu ajutorul testelor Pap și astfel pot fi tratate înaintea dezvoltării cancerului.

Testul de depistare a cancerului de col uterin – testul Papanicolau (Pap)

Acest test este realizat în timpul unei vizite regulate la cabinetul medicului. Acesta utilizează o lamă specială sau o periută pentru a recolta o probă de celule de la nivelul colului uterin și al părții superioare a vaginului. Celulele recoltate sunt fixate pe o lamelă și trimise la laborator, în vederea cercetării existenței unei anormalități. Studiile efectuate sugerează că rata cancerului de col uterin va scădea, dacă femeile care sunt sau au fost active sexual sau care sunt în ultimii ani ai adolescenței sau chiar mai în vârstă și-ar face testul Pap în mod regulat.

Posibilități de tratament al cancerului de col uterin

Se folosesc patru tipuri de tratament:

- **Intervenția chirurgicală** – are ca scop extirparea tumorii.
- **Radioterapia** – folosește doze ridicate de raze X sau alte radiații cu o energie ridicată, în vederea distrugerii celulelor cancerigene și micșorării tumorii. Radioterapia este realizată cu ajutorul unui aparat situat în afara corpului (iradiere externă). Radioterapia poate fi folosită ca singur tratament sau pe lângă tratamentul chirurgical.
- **Chimioterapie** – folosește medicamentele pentru distrugerea celulelor cancerigene. Este o terapie sistemică.
- **Hormonoterapie** – utilizează terapia cu hormoni feminini.

Se poate opta pentru un tratament standard, a cărui eficacitate a fost demonstrată de nenumărate studii. Nu toate pacientele pot fi vindecate prin aplicarea tratamentului standard, iar unele tratamente standard pot avea mai multe efecte secundare decât cele dorite.

ALTE SITUAȚII DE URGENȚĂ

9.1. NU VĂ JUCAȚI CU... FOCUL! - ARSURILE TERMICE: O PROBLEMĂ FIERBINTE

Fiecare a atins în viață un obiect fierbinte sau a suferit o arsură mai mică sau mai mare. Însă puțini știu că arsurile reprezintă unul dintre accidentele tratate cu cea mai multă ignoranță de marea majoritate a populației.

Arsurile reprezintă unul dintre cele mai frecvente accidente care apar datorită acțiunii unor agenți fizici sau chimici asupra organismului. În SUA, de exemplu, anual sunt înregistrate peste două milioane de victime ale arsurilor de gravitate variabilă. Dintre acestea, peste 100.000 de victime sunt spitalizate, iar între 8.000 și 12.000 de bolnavi cu arsuri severe decedează.

Peste 75% dintre arsuri sunt cauzate de flacără. Pe lângă acestea, printre cauzele arsurilor se pot enumera: apa fierbinte, responsabilă pentru 15% dintre arsuri, curentul electric (5% dintre arsuri), radiațiile, arsurile chimice etc. În marea majoritate a acestor accidente, neglijența sau chiar prostia reprezintă factorul determinant major. În mod practic, se consideră că 75% dintre arsuri ar fi putut fi prevenite.

Aprecierea gravității unei arsuri

Arsurile termice sunt produse de căldură, sub diverse forme de manifestare: flacără, gaze, vapori supraîncălziți, lichide fierbinți, corpuri solide incandescente etc.

Aprecierea gravității unei arsuri se face ținând cont de două criterii majore:

- **Suprafața arsă** reprezintă procentul din întreaga suprafața corporală care a suferit leziuni termice. O apreciere aproximativă a suprafeței arse se poate face știind că suprafața unei palme reprezintă 1% din întreaga suprafață corporală, la fel ca gâtul sau zona genitală, fiecare membru superior, la fel ca și capul, reprezintă 9%, fiecare membru inferior, la fel ca partea din față sau partea din spate a trunchiului, reprezintă 18%. Cele mai periculoase leziuni sunt fața, perineul, pleoapele, zonele de flexie ale mâinilor și ale picioarelor, precum și leziunile circulare ale membrelor.
- **Profunzimea arsurii** determină clasificarea acestora în patru grade:
 - ◆ *Gradul I* prezintă roșeața zonei arse (eritem), edem local, usturime și creșterea temperaturii locale (hipertermie).
 - ◆ *Gradul II* adaugă la semnele de mai sus prezența veziculelor cu un conținut limpede, de aspect sero-citrin, numite flictene.
 - ◆ *Gradul III* prezintă simptome asemănătoare, mai accentuate, iar flictenele au un conținut sanguinolent, tulbure.
 - ◆ *Gradul IV* prezintă distrugerii ale tuturor straturilor pielii, carbonizându-se chiar și musculatura sau vasele.

Evident că o arsură, cu cât este mai profundă, cu atât este de un grad mai avansat și va avea o evoluție mai gravă. Alături de semnele locale, evidente în orice arsură (cele descrise la gradele arsurilor), de cele mai multe ori apar și semne generale, care încep de la scăderea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței pulsului, tuse,

putând merge până la insuficiență respiratorie acută, comă și chiar stop cardio-respirator.

Primul ajutor

Arsurile sunt tratate, îndeosebi în mediul casnic, prin foarte multe metode nu numai neștiințifice și ineficiente, ci și periculoase pentru evoluția ulterioară a bolii. Măsurile corecte care trebuie luate sunt simple și eficiente. Ele trebuie să țină cont și de grija de a nu transforma salvatorul în victimă, prin lipsa de precauție.

- Se opresc imediat gazul și curentul electric. Pacientul este scos de sub acțiunea sursei de căldură, iar dacă există pericolul exploziei, este pus la adăpost. Ferestrele vor fi deschise imediat, pentru evacuarea fumului.
- Dacă bolnavul este cuprins de flăcări, va fi învelit imediat într-o pătură, o plapumă sau o haină groasă, pentru a stinge focul. Din cauza panicii, este posibil ca accidentatul să fugă. De aceea, el va fi imobilizat. Nu este permisă stingerea flăcării prin rostogolire prin nisip sau pământ.
- Zona arsă va fi răcită imediat cu jet de apă timp de cinci minute, bolnavul așezându-se pe spate sau, dacă acesta prezintă zone arse, pe zonele neafectate. Răcirea trebuie limitată doar la zonele arse, existând riscul hipotermiei.
- Pacientul va fi dezbrăcat, cu excepția hainelor aderente de zonele arse, după care zonele arse vor fi acoperite cu pansament steril, iar dacă acesta nu este disponibil, cu un cearșaf curat.
- Dacă starea generală a bolnavului o cere, se va institui imediat o perfuzie cu ser fiziologic sau soluție Ringer, se administrează oxigen pe mască (la nevoie, intubație oro-traheală) și calmante ale durerii (algocalmin, piafen sau, dacă sunt disponibile, analgetice opiacee: mialgin, morfină).
- **Este absolut contraindicată aplicarea pe suprafața arsă a oricărui tratament local: creme, unguente, ulei, smântână,**

miere de albine etc. Acestea vor forma, prin uscare, o crustă sub care infecția se va dezvolta cu ușurință.

O formă particulară de arsuri sunt **arsurile chimice**. Ele sunt produse de contactul tegumentelor sau al mucoaselor cu acizi, baze sau unele săruri minerale. Primul ajutor care se acordă în asemenea situații începe cu spălarea, timp îndelungat, din abundență, a zonei respective. Răcirea, în acest caz, limitează extinderea arsurii și permite dispersarea produsului. Anumite arsuri chimice necesită un tratament specific. În arsurile cu fosfor, leziunile se spală și se mențin umede, deoarece, la o temperatură de 34° C, se pot aprinde spontan. În arsurile cu acid fluorhidric, leziunile se spală cu apă caldută și soluție de bicarbonat 2-3%.

Îmbibarea hainelor cu substanța chimică producătoare de arsură necesită dezbrăcarea rapidă a bolnavului.

După stabilizarea funcțiilor vitale (respirație, activitate cardiacă), dacă este nevoie (arsurile sunt extinse și profunde), bolnavul va fi transportat la spital pentru continuarea tratamentului.

9.2. O VARĂ FIERBINTE, FIERBINTE, FIERBINTE - RADIAȚIILE SOLARE

Cum ne putem proteja de radiațiile solare?

Să presupunem că suntem în plină vară, iar soarele torid încălzește nisipul, apa, trotuarele, dar și oamenii, astfel încât sunt zile în care tânjim după un loc mai umbros, mai răcoros, dar acesta poate că deja este ocupat de altcineva. Fie că suntem la mare sau la munte, în concediu sau lucrăm în aer liber, soarele prea puternic ne vede și ne atinge, uneori atât de mult, încât atingerea lui... ne doare. Iar această durere este produsă de arsura solară, o formă particulară de arsură a pielii, care, prin intermediul radiațiilor ultraviolete, produce înroșirea acesteia (eritemul) și senzația de usturime locală.

De câte feluri sunt radiațiile ultraviolete?

- Radiațiile ultraviolete sunt de trei tipuri: A, B și C, ele acționând în mod diferit asupra pielii. Radiațiile A sunt cele mai nocive, având puterea cea mai mare de penetrare în profunzime a pielii și producând îmbătrânirea acesteia.
- Radiațiile B sunt cele care produc arsurile solare și insolația.
- Radiațiile C sunt mai puțin importante pentru om.

În condiții obișnuite, expunerea la soare produce o pigmentație a părților descoperite, prin creșterea unui pigment melanic, substanță care determină colorația brună-arămie a pielii, așa-numitul bronz. Din păcate însă, dorința fiecăruia de ameliorare estetică prin colorarea pielii poate fi zădărnicită datorită unor greșeli elementare de expunere la soare, din prea mult zel sau din prea multă nerăbdare.

Sugestii legate de expunerea la soare

- Expunerea la soare trebuie făcută progresiv, începând cu câteva minute zilnic, dimineata și după-amiaza, evitând perioadele de amiază, foarte fierbinți și agresive. Între orele 10-16, șederea la soare trebuie asociată măsurilor de protecție a pielii. Pentru a preveni insolația, purtați pe cap o pălărie de culoare deschisă. Pentru prevenirea deshidratării, consumați cel puțin doi litri de lichide pe zi.
- Folosiți, îndeosebi în primele zile, creme de protecție a pielii (sunt atât de multe, dar atât de puține cu adevărat eficiente!), întinse pe tot corpul sau măcar pe zonele expuse mai intens. Aceste creme, numite și *agenți fotoprotectori* sau *ecrane antisolare*, pe de o parte, hidratează pielea supusă unui proces acut și intens de deshidratare prin căldură, iar pe de altă parte, protejează pielea de factorii fizici înconjurători, care pot duce la asprirea ei (vânt, apă, nisip). Produsele de protecție solară trebuie aplicate înainte, în timpul și după expunerea la soare.

Citiți eticheta acestor produse, căutând dacă pe ea este menționat ca fiind prezent factorul SPF (factorul de protecție solară). Dacă da, atunci acel produs este eficient împotriva razelor ultraviolete de tip B (cele care produc arsura). Cu cât valoarea SPF este mai mare, cu atât protecția este mai eficientă.

- Nu utilizați farduri, rujuri sau alte creme cosmetice pe timpul expunerii la plajă. Sub acțiunea razelor solare, ele pot deveni iritante sau chiar fotosensibilizante.
- Nu fiți deprimat atunci când vedeți că cel de lângă dumneavoastră este mai frumos bronzat. Culoarea frumoasă, uniformă, a bronzului ține nu numai de modul de expunere la soare, ci și de caracteristicile fiecărei persoane. Persoanele blonde, având o cantitate mai mică de pigment melanic, sunt mai sensibile la expunerea la soare, necesitând măsuri de protecție mai atente. Persoanele brunete, având mai mult pigment, se bronzează mai frumos și au o sensibilitate mai redusă, soarele fiind mai prietenos cu ele. Persoanele cu păr roșcat au tendința de a se bronză neuniform și de a face arsuri mai cu ușurință.
- Dacă totuși arsura s-a produs, pielea este în stare să se vindece singură, doar dacă îi dați răgazul necesar. Întrerupeți, în zilele următoare, expunerea la soare sau faceți-o numai dimineața, cu zonele arse acoperite. Puteți aplica pe acele zone comprese umede cu ceai de mușetel, pulverizări cu spray-uri care conțin amestecuri de cortizon și antibiotice cu efect local (Bioxiteracor) sau chiar unele pomezi. De cele mai multe ori însă, nu este necesar un tratament medicamentos. Poate fi suficientă o loțiune care conține și factori ce diminuează inflamația. Timp de o săptămână după ce v-ați întors de la mare, continuați să aplicați această loțiune, pentru a evita ca pielea să se usuce și să înceapă să se cojească.
- Și părul trebuie îngrijit când este expus la soarele puternic. Dacă este lung, strângeți-l într-o coadă sau într-un coc. Cei cu părul scurt pot utiliza aplicarea unui gel de păr care are un efect pro-

terior. Dacă înotați în piscină, folosiți casca de păr. Clorul din apă poate da părului, îndeosebi celui blond, o nuanță verzuie.

- Ochelarii de soare nu sunt numai accesorii moderne și estetice, ci au un rol important în protejarea ochilor de razele solare. Nu orice sticlă colorată este însă o lentilă potrivită. Pentru a oferi o protecție maximă față de razele ultraviolete, este bine să căutați pe eticheta lor mențiunea UV 400.
- Există o serie de afecțiuni care au indicații majore pentru expunerea la soare: rahitismul apărut la copii, în perioada de creștere, unele forme de acnee sau de eczemă atopică. Există însă și boli în care expunerea la soare este contraindicată: melanomul malign, herpesul recidivant, lupusul, porfiriile cutanate. Bolnavii care au epitelioame ale pielii sau persoanele cu efelide (numite popular pistrui) vor trebui să-și ia anumite măsuri de precauție/protecție față de expunerile prelungite.
- Expunerea la soare a nevilor (acele puncte sau chiar pete brune pe care le are fiecare, dar unii în număr mai mare decât alții) necesită, de asemenea, multă precauție, știut fiind faptul că expunerea la soare este unul dintre factorii care determină mărirea numărului de nevi al unei persoane sau creșterea lor.

Să aveți un concediu fierbinte, dar numai atât cât este necesar!

9.3. CORPII STRĂINI

Corpii străini care pot ajunge la nivelul orificiilor de la nivelul capului se clasifică, după natura lor, în:

- corpi străini vii: insecte, viermi, păianjeni etc.;
- corpi străini inerti: sâmburi de fructe, vegetale, boabe de fasole, bețe de chibrit, scobitori, mărgel, corpi străini metalici.

Localizările corpilor străini dau o simptomatologie specifică și necesită un tratament diferit.

Corpii străini auriculari

Corpii străini auriculari (localizați la nivelul urechii) se manifestă prin senzația de înfundare a urechii, scăderea sensibilității auditive și uneori zgomote în urechi. În cazul unor insecte vii, zgomotele sunt insuportabile. Dacă timpanul este lezat, apar scurgeri la nivelul urechii și chiar fenomene inflamatorii (tumefiere, roșeață).

Extragerea corpului străin se face prin spălătură cu apă încălzită (la 37° C), jetul de apă fiind direcționat în sus și înapoi. Spălătura este indicată numai dacă nu există o leziune a timpanului.

În cazul în care corpul străin este o insectă vie, aceasta va fi transformată mai întâi într-un corp inert, instilând ulei de parafină, ulei comestibil sau glicerină în conductul auditiv. Încetarea zgomotelor din ureche confirmă moartea insectei.

În cazul în care corpul străin este un bob de grâu sau de porumb, acesta mai întâi va fi deshidratat prin instilare, în conductul auditiv, de alcool absolut.

Dacă prin spălătură corpul străin nu iese, este necesară intervenția medicului orelist.

Corpii străini nazali

Corpii străini nazali se manifestă prin senzația de înfundare a nasului, secreție nazală, strănut și uneori semne inflamatorii. Cel mai frecvent, accidentul apare la copii.

Extragerea acestora se face direct, dacă acel corp este mobil, împingându-l de sus în jos sau introducând un stilet cu vârful bont și încărcându-l de sus în jos. Copilul va fi foarte bine imobilizat.

Dacă acel corp străin nu se poate extrage cu ușurință, este necesară intervenția medicului orelist.

Corpii străini faringieni

Corpii străini faringieni sunt reținuți la acest nivel datorită formelor lor neregulate. Se pot inclava fragmente de oase, oase de pește, bucăți de pâine etc. De multe ori, retenția se produce în cursul unui acces de râs sau de tuse.

Această localizare va determina dureri la deglutiție, răgușeală sau chiar dificultăți de respirație.

Corpii străini se vor extrage cu ajutorul unei pense (atenție să nu cadă în căile respiratorii). După extragerea acestuia, se vor face gargarisme cu ceai de mușetel.

Corpii străini laringieni și traheo-bronșici

Aceste localizări vor da o simptomatologie dramatică – insuficiență respiratorie acută: dispnee, cianoză, tuse, agitație extremă. Consecința poate fi asfixia imediată, dacă obstrucția este completă. Dacă însă corpul străin este mai mic și mobil, el va aluneca de obicei în bronhia dreaptă, caz în care simptomele se ameliorează, dar reapar la mișcare sau în poziție culcată.

Tratamentul de urgență, prin care trebuie să se extragă corpul străin, este de competența medicului specialist ORL. Cu ajutorul unui bronhoscop, se localizează corpul străin și se extrage. Dacă acesta rămâne fixat laringian și obstrucția este completă, de multe ori, timpul nu permite acordarea terapiei eficiente.

Corpii străini conjunctivali și corneeni

Acești corpi străini pot fi schije de lemn sau de metal, fragmente de sticlă sau de zgură, fragmente de pământ sau fire de praf, fragmente vegetale etc.

Localizarea conjunctivală predilectă este sub pleoapa superioară, de unde sunt extrași prin răsfrângerea pleoapei și ștergerea ei cu un tampon de vată. Localizarea inferioară necesită extragerea cu acul, sub anestezie locală.

Dacă nu sunt inclavați, corpii străini conjunctivali pot fi scoși prin spălare abundentă a sacului conjunctival cu apă sau cu o soluție dezinfectantă. Corpii străini inclavați în corneea trebuie extrași de către medicul oftalmolog.

După extragerea corpului străin, se administrează local soluții dezinfectante și pansament steril.

Corpii străini intraoculari

Retenția unui corp străin intraocular este, de cele mai multe ori, consecința unui traumatism ocular. Corpul străin poate fi metalic, lemn, piatră, spin, ciob de sticlă etc.

Consecința va fi o plagă oculară din care se scurge umoarea apoasă, precum și hemoftalmie (sânge în ochi).

Primul ajutor se acordă prin instilație locală a unei soluții dezinfectante oculare (Cloramfenicol soluție 1%), urmată de pansament steril și profilaxie antitetanică.

Localizarea și extragerea corpului străin poate fi extrem de dificilă. Salvarea globului ocular este posibilă dacă acest corp străin este scos în primele 8-12 ore de la traumatism.

Important! Cel mai frecvent, victimele unor asemenea accidente sunt copiii mici. Supravegherea acestora și nelăsarea la îndemâna lor a obiectelor pe care ei, instinctiv, le apucă și le introduc în gură, nas, urechi, ochi etc. pot preveni apariția unor situații extrem de neplăcute.

9.4. OM LA APĂ! – ÎNECUL

Înecul reprezintă pătrunderea de lichid în căile aeriene și reprezintă a treia cauză de deces prin accidente la adult.

Semnele înecului

În funcție de gravitatea inundării căilor aeriene, semnele înecului pot fi minore: bolnav conștient, cu tuse, jenă respiratorie, creșterea frecvenței respirației și a activității cardiace. Formele mai grave se manifestă prin agitație sau, din contră, stare de letargie care poate merge până la comă, cianoză, respirații frecvente și superficiale, hipotensiune arterială, insuficiență respiratorie severă. Poate exista și o stare de moarte aparentă, în care există doar ritm cardiac, dar fără respirații spontane, stare care evoluează rapid spre stop cardio-respirator.

Primul ajutor, după scoaterea victimei din apă, urmărește restabilirea respirației prin oxigen pe mască sau respirație artificială (inclusiv ventilație prin canula IOT), montarea unei perfuzii și administrarea rapidă a 500 ml ser fiziologic și introducerea unei sonde în stomac, pentru evacuarea conținutului acestuia. Totodată, victima va fi dezbrăcată de hainele ude și va fi protejată de hipotermie prin învelire. Asocierea și a stopului cardiac necesită resuscitarea cardio-respiratorie clasică.

Oprirea prematură a resuscitării este contraindicată, întrucât hipotermia poate juca rol protector.

9.5. ELECTROCUTĂRILE

Accidentele produse de energia electrică apar datorită trecerii acesteia prin corpul omenesc sau ca urmare a producerii unui arc electric. Prin urmare, acțiunea curentului electric va produce, prin șocul electric, electrocutarea, iar prin electrizare, tulburări cardiovasculare sau neurologice.

Anual, în Franța, se produc peste 200 de accidente mortale, iar în SUA, peste 1000 de decese/an.

Cauzele electrocutărilor sunt:

- accidentele casnice,
- accidentele de muncă,
- improvizațiile electrice,
- trăsnetul,
- accidente medicale: defibrilarea.

Gravitatea electrocutării depinde de voltajul, intensitatea și frecvența curentului electric (voltajul arde și intensitatea omoară!), de timpul de contact, de traiectul curentului electric, de gradul de umiditate, precum și de starea generală a victimei înainte și după electrocutare. Curentul alternativ este mai periculos decât curentul continuu.

Simptomatologia bolnavilor electrocuțați este extrem de variată. Pot apărea semne neurologice (contracturi musculare, paralizii, convulsii, comă), cardiovasculare (tahicardie, hipotensiune arterială, colaps, stop cardiac, modificări ECG), semne respiratorii (insuficiență respiratorie), precum și arsuri ale pielii la locurile de intrare și ieșire a curentului electric. Dacă în traseul curentului electric au fost interceptate vase importante, pot apărea gangrene.

Primul ajutor este vital pentru evoluția ulterioară a victimei. Etapele acestuia sunt următoarele:

- Deconectarea sursei de curent. Victima nu va fi atinsă până la realizarea acestei deconectări, datorită riscului de propagare în lanț a electrocutării. Dacă deconectarea nu este posibilă, victima va fi scoasă cu ajutorul unor unelte de lemn sau plastic de sub influența curentului electric. Se poate folosi și o mănușă izolatoare de cauciuc. Niciodată nu se apucă victima de părțile ei descoperite.
- Dacă a apărut stopul cardio-respirator, se va începe resuscitarea cardio-respiratorie după tehnica descrisă.
- Se montează o perfuzie și se administrează ser fiziologic sau soluție Ringer. Este foarte probabilă și necesitatea administrării de bicarbonat de Na pe cale intravenoasă.
- Arsurile vor fi dezinfectate și pansate steril, fiind tratate ca orice arsură.
- Este contraindicată și periculoasă îngroparea victimei în pământ sau acoperirea acesteia cu pământ! Metoda este complet ineficientă și întârzie acordarea primului ajutor.
- După stabilizarea funcțiilor vitale, victima trebuie transportată obligatoriu la spital și supravegheată 2-3 zile. Transportul se va face cu victima așezată pe spate, urmărindu-se starea de conștiență, aspectul tegumentelor, monitorizarea tensiunii arteriale, a pulsului și a mișcărilor respiratorii.

9.6. DESHIDRATAREA

Deshidratarea reprezintă situația prin care organismul pierde apă și săruri esențiale pentru funcționarea normală a acestuia. Ea apare atunci când corpul elimină mai multe lichide decât își aduce prin ceea ce bea și mănâncă. Eliminarea se produce pe mai multe căi: urină, scaun, transpirație, vărsături etc. Pierderea apare în cadrul anumitor boli, dar și atunci când este vreme caldă și uscată, când nu se bea suficientă apă. De asemenea, deshidratarea poate apărea atunci când se utilizează medicamente care cresc eliminarea de urină.

Apa reprezintă cam 60% din greutatea corporală normală a bărbaților și cam 50% din cea a femeilor. Tinerii și adulții de vârstă medie suportă mult mai ușor deshidratarea decât copiii. Aceștia din urmă, dacă încep să facă febră mare și să vomite, pot deveni deshidratați chiar într-o oră de la debutul bolii, situație asociată cu complicații severe.

În funcție de cantitatea de apă pierdută, deshidratarea este de mai multe feluri: *ușoară*, dacă s-au pierdut sub 5% din lichidele organismului; *medie*, dacă s-au pierdut între 5-10%; *severă*, dacă s-au pierdut peste 10-15% (această situație impune intervenție medicală de urgență).

Cauze și simptome

Activitatea fizică intensă, transpirațiile abundente, febra ridicată și vărsăturile sau diareea prelungită sunt cauzele cele mai comune ale deshidratării. Cei care stau prea mult timp în soare, cei care nu beau suficiente lichide sau cei care locuiesc în zone uscate și excesiv de calde au risc crescut de deshidratare. Aerul uscat și cald produce evaporarea rapidă a apei din piele și din mucoase. Alcoolul, cofeina și medicamentele diuretice cresc eliminările de lichide și determină implicit deshidratarea.

Reducerea aportului de lichide poate avea mai multe cauze:

- apetit scăzut datorită unei boli acute;
- urinare excesivă (poliurie);

- grețuri;
- infecții sau inflamații ale faringelui (faringite);
- inflamații ale gurii, produse de infecții, iritații sau deficiențe de vitamine (stomatite).

Alte cauze care pot avea aceeași consecință sunt: bolile glandelor suprarenale (care reglează echilibrul apei și al sărurilor din organism), diabetul, unele boli de nutriție, unele boli renale, anumite boli pulmonare cronice.

Un copil care nu udă scutecul (pampers-ul) într-o perioadă de 8 ore este cu siguranță deshidratat. Mica depresiune din vârful capului (fontanela) probabil că este deprimată.

Alte simptome, care apar și la adulți, sunt:

- Buzele sunt uscate și crăpate.
- Limba este uscată.
- Ochii sunt adânciți în orbite.
- Pielea este mai puțin elastică și, dacă este prinsă între degete, revine mai încet la starea inițială.
- Stare generală alterată, lipsă de forță, de energie, letargie.
- Alte simptome mai generale sunt: confuzie, constipație, somnolență, febră și sete.
- Pielea devine palidă, poate crește frecvența pulsului și a respirației.

Deshidratarea poate deveni extrem de periculoasă, chiar mortală la nou-născuți și copii mici, precum și la vârstnici.

Nou-născuții și copiii mici au un risc mai mare de deshidratare pentru că:

- O mare parte din greutatea și compoziția corpului lor este reprezentată de apă.
- Copiii au o rată mai ridicată a metabolismului și de aceea organismul lor utilizează mai multă apă.

- Rinichii copiilor mici nu sunt atât de eficienți și nu sunt în stare să conserve apa în aceeași măsură în care sunt în stare rinichii adultului.
- Ei au un sistem imunitar imatur, ceea ce va favoriza apariția unor boli manifestate prin vărsături și diaree.
- De obicei, copiii nu beau și nu mănâncă decât atunci când simt că au nevoie de acest lucru.
- Ei depind de alții pentru a mânca și pentru a bea.

Cei mai în vârstă, la rândul lor, pot ajunge în situația de deshidratare pentru că:

- Le-a scăzut senzația de sete și nu simt nevoia de a bea apă.
- Rinichii nu mai lucrează eficient.
- Pot avea anumite probleme fizice, cum ar fi artritele sau alte boli degenerative, care le influențează capacitatea de a se deplasa și a bea, de a se ridica din pat sau de pe scaun, manevre care pot fi dureroase.
- Pot avea anumite boli neurologice, care îi împiedică să comunice direct și facil nevoile pe care le au.
- Iau anumite medicamente pentru alte boli (diuretice pentru hipertensiunea arterială), care le cresc riscul deshidratării.
- Își limitează intenționat aportul de lichide atunci când au anumite boli urologice (incontinență urinară), pentru a nu fi nevoiți să meargă atât de des la toaletă.

Tratament

Creșterea aportului de lichide și înlocuirea sărurilor pierdute sunt de obicei suficiente pentru a trata deshidratarea ușoară sau moderată. Beți mai multă apă ca de obicei, îmbogățită cu săruri. Nu adăugați însă prea multă sare atunci când nu cunoașteți gradul deshidratării, iar acesta este presupus a fi ridicat. Adaosul de sodiu din sare va „fura” apa din țesuturi și o va aduce acolo unde sodiul este mai concentrat (de exemplu, în interiorul tubului digestiv).

Un copil care vomită trebuie să sugă 1-2 lingurițe de lichid la fiecare 10 minute. Cei care au sub 1 an sau care nu vomită trebuie să primească o linguriță de lichid la fiecare 20 de minute, iar cei care au peste 1 an, la fiecare 30 de minute. Mama trebuie să țină o evidență clară a frecvenței vărsăturilor și a diareei.

Copiii mai mari și adulții se pot întoarce la activitățile zilnice și la dieta obișnuită în ziua următoare celei în care au încetat să mai vomite și să mai aibă diaree. Alimentația trebuie introdusă progresiv. În primele 72 de ore de la dispariția simptomelor nu consumați alimente de tipul laptelui, înghețatei, brânzei și untului.

Când să apelați la medic?

Dacă simptomele sunt mai severe, este necesar să apelați la medic. Faceți acest lucru în următoarele situații:

- Copilul are mai puțin de 3 luni și are febră prelungită, peste 37,8°C.
- Copilul are peste 3 luni, dar face febră prelungită, peste 38,9°C.
- Simptomele deshidratării descrise mai sus se accentuează.
- Scăderea cantității de urină/24 ore sau lipsa urinării în intervale mai lungi de timp (6-8 ore).
- Stare de amețală, apatie prelungită sau sete excesivă.
- O persoană se alimentează normal și utilizează diuretice, dar pierde în greutate peste 2,5-3 kg/săptămână.

Metode de prevenire a deshidratării

- Consumați mai multă supă.
- Beți apă din abundență între mese.
- Păstrați lângă dumneavoastră, când lucrați sau când vă relaxați, un recipient în care aveți apă și folosiți-l cât de des. Amintiți-vă că, în afara situației în care aveți o altă boală care să contraindica aportul mare de apă (insuficiență cardiacă, ciroză hepatică decompensată etc.), indicele cel mai fidel al unui aport suficient

de apă este culoarea urinei: dacă este clară, ca apa, sunteți bine hidratat. Dacă este galben-închis, concentrată, înseamnă că beți o cantitate insuficientă de apă.

Este vară! Atenție la soare și la ce poate el să vă aducă bine și... rău. De aceea... potoliți-vă setea!

9.7. MELANOMUL MALIGN

Melanomul malign este forma cea mai agresivă a cancerului de piele, deși este o formă de cancer care se tratează bine, dacă este descoperit într-un stadiu precoce. În ultimii ani însă, incidența acestei boli practic s-a dublat, în special în țările vest-europene și în SUA. Boliile se spune melanom malign din cauza faptului că se dezvoltă pe niște celule specifice ale pielii, numite *melanocite*, celule care produc o substanță brună, ce deseori pigmentează pielea sub forma nevilor sau a alunițelor. Cei mai mulți dintre noi avem zeci de asemenea nevi pigmentari, care nu fac nici un rău. Uneori însă un asemenea nev scapă de sub controlul organismului și începe să se dezvolte anarhic, constituind așa-numitul *melanom malign*. Deși nu este o urgență propriu-zisă, este neapărat necesară lămurirea rapidă a oricărei apariții suspecte pe piele care se poate asocia cu melanomul malign.

Cauze, factori de risc

Cercetările medicale nu au lămurit pe deplin cauza apariției melanomului malign. Există însă câteva lucruri certe. Mai întâi, este bine de știut că boala nu este contagioasă, deci ea nu *se ia* prin simpla atingere. Există însă persoane mai predispuse să facă boala, persoane care se încadrează în următoarele grupe de risc:

- existența în familie a unor rude care au avut melanom malign (peste 10% dintre bolnavi au asemenea rude);
- nevi cu structură modificată, chiar neconfirmată ca fiind canceroasă (doar 1-2 dintre criteriile de diagnostic de mai jos);

- melanom malign preexistent și tratat;
- tratament imunosupresiv pentru alte boli: boli autoimune, după transplant etc.;
- nevi sau alunițe numeroase (peste 50);
- arsuri solare severe – ultravioletele de tip A și B au efect nociv;
- pistrui numeroși;
- piele foarte albă și ochi deschiși la culoare – blonzii sau roșcații cu ochi albaștri.

Cum recunoaștem melanomul malign?

Există o serie de modificări în aspectul nevilor care, dacă apar, impun un consult la medicul specialist dermatolog. Aceste modificări pot fi reținute utilizând formula mnemotehnică ABCD și sunt următoarele:

- **Asimetria (A).** Nevii cu tendință în dezvoltarea melanomului malign își schimbă forma, de regulă circulară și simetrică, devenind asimetrice, cu margini neregulate. Această modificare se poate observa pe un nev deja existent sau pe o zonă vecină unui nev.
- **Bordura (B)** neregulată. În timp ce la nevii obișnuiți limita dintre nev și piele este clar delimitată, în cazul melanomului se poate remarca o ușoară creastă la limita dintre nev și pielea sănătoasă sau, alteori, marginile sunt imperfect delimitate.
- **Culoarea (C)** este un semn precoce al transformării maligne. Ea se modifică față de aspectul inițial, cunoscut de multă vreme, al nevului care devine brun închis sau chiar negru, reflectând producerea crescută de melanină. Culoarea roșie din jurul melanomului semnifică asocierea unei inflamații, iar culoarea albă provine de la țesutul canceros deja mortificat.
- **Diametrul (D)** este un semn important când se modifică într-un timp relativ scurt. O creștere peste 6 mm a acestuia are o semnificație nefavorabilă.

Localizare și tratament

Locurile în care apare de obicei melanomul malign sunt capul, gâtul și trunchiul. La femei, mai ales, se adaugă brațele și gambel. Atunci când apare pe pielea păroasă a capului, este mai greu de remarcat și de examinat. Au fost cazuri în care a apărut în iris, pe retină, sub unghii, în zonele genitale. Practic, orice zonă acoperită cu piele poate fi sediul unui melanom malign.

Tratamentul standard al melanomului malign este extirparea lui chirurgicală. Este necesară eliminarea nu numai a melanomului propriu-zis, dar și a unei zone de siguranță din pielea înconjurătoare. Ulterior, ceea ce se extirpă se examinează microscopic, pentru a stabili cu certitudine tipul de melanom și mai ales gradul în care acesta a pătruns în straturile mai profunde ale pielii. Dacă sunt implicați și noduli limfatici învecinați, și aceștia trebuie extirpați în totalitate. Operațiile mai extinse impun ulterior intervenții de chirurgie estetică. Tratamentul chirurgical trebuie să fie urmat apoi de chimioterapie și, uneori, de radioterapie locală.

Măsuri de protecție

- Evitați expunerea la soare în miezul zilei, îndeosebi dacă aveți anumiți factori de risc enumerați mai sus.
- Protejați-vă de soare cu o pălărie adecvată și cu o îmbrăcăminte care să vă acopere zonele de risc.
- Utilizați loțiuni sau creme care să vă protejeze de radiațiile ultraviolete. Aceste creme, numite și *agenți fotoprotectori* sau *ecrane antisolare*, pe de o parte, hidratează pielea supusă unui proces acut și intens de deshidratare prin căldură, iar pe de altă parte, protejează pielea de factorii fizici înconjurători, care pot duce la asprirea ei (vânt, apă, nisip). Produsele de protecție solară trebuie aplicate înainte, în timpul și după expunerea la soare. Citiți eticheta acestor produse, căutând menționarea factorului SPF (factorul de protecție solară). Dacă este prezent, atunci acel produs este eficient împotriva razelor ultraviolete

de tip B (cele care produc arsura). Cu cât valoarea SPF este mai mare, cu atât protecția este mai eficientă.

- Utilizați ochelari de soare care să realizeze însă o protecție cunoscută și specificată față de ultraviolete. Ochelarii de soare nu sunt numai accesorii moderne și estetice, ci au un rol important în protejarea ochilor de razele solare. Nu orice sticlă colorată este însă o lentilă potrivită. Pentru a oferi o protecție maximă față de razele ultraviolete, este bine să căutați pe eticheta lor mențiunea UV 400.
- Examinați-vă periodic pielea direct sau în oglindă. Dacă remarcați ceva suspect, apălați imediat la un specialist.

TRAUMATISME

10.1. CUM SE ACORDĂ PRIMUL AJUTOR?

Prima problemă: Bolnavul sau victima este sau nu într-un pericol vital imediat (risc maxim de a muri în absența tratamentului)?

Două întrebări așteaptă răspunsuri:

- 1. Respiră?** Unui bolnav care respiră bine, la fiecare mișcare respiratorie i se ridică ritmic și simetric toracele, are pielea uscată, normal colorată. Dacă nu respiră, se începe de urgență respirația artificială gură la gură.
- 2. Inima bate?** Dacă inima bate, se simte pulsul la mână, la gât sau la rădăcina coapsei. Pulsul trebuie să fie regulat, bine bătut și cu o frecvență potrivită de 60-80 bătăi pe minut. Dacă este posibil, se măsoară tensiunea arterială. Dacă pulsul nu se simte, deși este căutat unde trebuie, se începe de urgență masajul cardiac extern (compresii ritmice deasupra jumătății inferioare a sternului).

În tot acest timp, în cazul unei urgențe majore, altcineva trebuie să cheme un ajutor medical calificat.

Ca un exercițiu util și uneori amuzant, încercați să identificați aceste două categorii de semne pe oameni sănătoși! Ajută la orientarea mai bună în cazul unor mari urgențe.

A doua problemă: Boala sau accidentul, dacă nu sunt tratate, pot evolua spre apariția unui pericol vital sau spre o complicație?

Este necesar să urmăriți următoarele semne:

1. **Starea de conștiență:** este păstrată, este mai somnolent sau nu se poate comunica cu bolnavul? În cazul unui leșin banal, apărut de obicei după un scurt episod de scădere a oxigenării creierului, recuperarea este rapidă și spontană. În situațiile mai grave, tratamentul nu se face numai la nivelul primului ajutor, care trebuie însă prompt și corect acordat.
2. **Sângerează** într-un mod evident pe undeva (există o leziune a pielii în urma unui traumatism, pierde sânge pe gură, pe nas, pe urechi sau la alt nivel)? Dacă sângerarea este vizibilă la nivelul pielii, se aplică un pansament strâns sau un garou, chiar improvizat, pentru a diminua pierderea de sânge. În absența acestor mijloace, se comprimă cu degetul, dacă sângele țâșnește, deasupra leziunii. Oprirea definitivă a sângerării se face la spital. Garoul nu se ține mai mult de 2 ore și, chiar în asemenea situații, la intervale de 30 de minute se desface pentru 2-3 minute.
3. **Fractura, luxația sau entorsa** sunt suspecte în situațiile în care mobilitatea la orice nivel al mâinii sau al piciorului se diminuează semnificativ și regiunea este dureroasă și se umflă. Nu încercați să reasezați oasele la locul lor! Le puteți reaseza, dar în alt loc! Puneți o atelă, chiar improvizată, care să cuprindă obligatoriu articulațiile de deasupra și de dedesubtul leziunii sau măcar faceți un pansament fix. Restul va face ortopedul!
4. **Plaga** sau rana care apare în contextul unei sângerări a pielii după un traumatism trebuie dezinfectată (apă oxigenată, rivanol, NU tinctură de iod în plagă!) și pansată steril. Nu se pun unguente pe plăgi. Nu uitați vaccinarea obligatorie împotriva tetanosului.

A treia problemă: După acordarea primului ajutor, bolnavul mai are nevoie de medic? Răspunsul este DA.

Este mai bine să greșești prin exces de grijă decât prin ignorare și, de aceea, o evaluare completă și corectă a unui asemenea bolnav îl poate scuti de multe complicații ulterioare.

10.2. RESUSCITAREA CARDIO-RESPIRATORIE

Stopul cardio-respirator reprezintă oprirea completă a activității cardiace și respiratorii.

Diferitele părți ale organismului reacționează în mod diferit la această situație care le privează de oxigenul necesar fiecărei celule. Cel mai rapid este afectat creierul (rezistă cel mult 8-10 minute fără oxigen), după care se produc modificări ireversibile în structura acestuia. Pentru inimă, timpul de resuscitare variază între 4-5 minute și 20-30 de minute, pentru ficat este de 20-30 de minute, pentru rinichi, de 180 de minute, iar pentru mușchi, de câteva ore.

Privit însă în ansamblu, timpul optim de resuscitare pentru întregul organism, cu șanse de reușită și cu incidență mică a sechelelor, este de 3-5 minute, cu anumite variații individuale.

Resuscitarea cardio-respiratorie reprezintă totalitatea manoperelor efectuate pentru a preveni apariția unui stop cardio-respirator sau, dacă acesta a apărut, pentru a restabili cele două funcții vitale ale organismului: circulația și respirația.

Aceste manopere, îndeosebi cele care se efectuează la locul accidentului, nu sunt neapărat de competența exclusivă a unui cadru medical, putându-le face orice persoană care a fost instruită anterior în acest sens. Cel care cunoaște corect aceste tehnici poate, într-o situație critică, în care prezența unui cadru medical calificat nu este imediat disponibilă, să salveze efectiv viața celui aflat într-o stare critică. De altfel, în majoritatea țărilor, cursurile teoretice și practice de resuscitare cardio-respiratorie sunt studiate la liceu și, în unele locuri, reprezintă probă de examen la bacalaureat sau la examenul pentru obținerea permisului de conducere.

Rata de supraviețuire după stopul cardio-respirator diferă de locul unde s-a produs acesta: în afara spitalului (la domiciliu, pe

stradă) sau în spital. Ea variază astfel între 8 și 21%. Dintre supraviețuitori, 10-40% rămân cu leziuni cerebrale permanente.

Cauzele stopului cardio-respirator

Stopul cardio-respirator poate avea două categorii mari de cauze:

■ **Accidente acute**, care pot fi produse de:

- ◆ *cauze cardiace*: infarct miocardic acut, insuficiență cardiacă, tulburări severe de ritm cardiac (fibrilația ventriculară, tahicardia ventriculară, asistolia, blocul atrio-ventricular complet, disociația electro-mecanică);
- ◆ *cauze extracardiace*:
 - respiratorii: asfixie prin obstrucția căilor aeriene (corp străin intrabronșic, hemoragii masive din căile respiratorii, bronhopneumonii severe), rupturi pulmonare cu pneumotorax, embolia pulmonară etc.;
 - cerebrale: accidente vasculare cerebrale (rupturi de vase intracerebrale, cu hematoame consecutive), contuzii cerebrale grave, encefalite;
 - hemodinamice: hemoragii masive (leziuni de vase mari, sarcină extrauterină ruptă, anevrism disecant de aortă);
 - toxice: intoxicații medicamentoase sau cu alte substanțe toxice.

■ **Stările terminale** ale unor boli cu evoluție cronică:

- ◆ insuficiența pulmonară cronică;
- ◆ insuficiența cardiacă congestivă decompensată;
- ◆ bolile canceroase în stadiu terminal de evoluție;
- ◆ ciroza hepatică decompensată.

La cea de a doua categorie de boli care pot produce stop cardio-respirator și deces consecutiv, având în vedere prognosticul rezervat al acestor boli și frecvența ineficiență a resuscitării, decizia

de a încerca sau nu resuscitarea bolnavului respectiv este dificilă, delicată și discutabilă. În SUA, există un protocol care conține o serie de reguli după care un asemenea pacient nu mai este resuscitat (DNR: Do Not Resuscitate Order).

Semnele clinice care prevestesc apariția stopului cardio-respirator

Aceste semne se mai numesc și **semne premonitorii** și impun începerea de urgență a manoperelor de resuscitare:

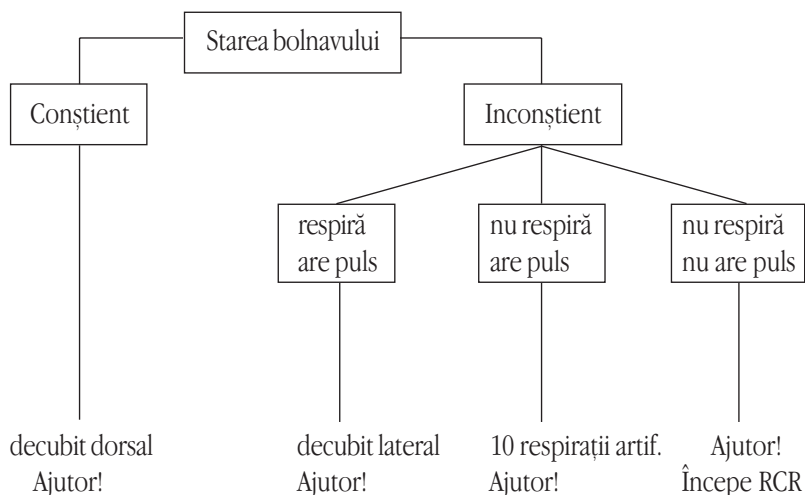
- scăderea progresivă a tensiunii arteriale;
- dificultăți de respirație, manifestate inițial prin respirații mai frecvente, dar mai puțin ample (polipnee), apoi din ce în ce mai rare (bradipnee);
- colorația vânătă (cianotică) a buzelor, vârfului degetelor, lobului urechii;
- privire fixă, orientată în sus;
- bătăi neregulate ale inimii.

Semnele clinice caracteristice stopului cardio-respirator deja instalat sunt:

- pierderea stării de conștiență;
- absența pulsului la arterele mari (artera carotidă, femurală);
- absența zgomotelor cardiace;
- absența mișcărilor respiratorii;
- tensiunea arterială nemăsurabilă;
- paloare urmată de cianoză brusc instalată;
- creșterea diametrului pupilar (midriază);
- scăderea tonusului muscular.

Apariția acestor semne clinice reprezintă urgența majoră de grad zero. Lipsa intervenției de prim ajutor duce în scurt timp (5-10 minute) la decesul bolnavului.

Atitudinea care trebuie urmată într-o asemenea situație este redată în figura de mai jos:



Tratamentul stopului cardio-respirator (resuscitarea cardio-respiratorie)

Resuscitarea cardio-respiratorie are trei etape distincte:

- **Resuscitarea primară** (Suportul Vital de Bază: *Basic Life Support*) este etapa care se face la locul accidentului, de către oricine are cunoștințele necesare, și are ca obiectiv asigurarea libertății căilor aeriene, asigurarea respirației și a circulației.
- **Resuscitarea secundară** (Suportul Vital Avansat: *Advanced Life Support*) este etapa care se începe la locul accidentului de către persoane calificate în acest sens și se pot continua pe parcursul transportului și apoi la spital. Ea are ca obiectiv tratamentul stopului cardiac prin tratament medicamentos și electric (defibrilare).
- **Resuscitarea terțiară** (Suportul Vital Prolungit: *Prolonged Life Support*) este etapa care se realizează în clinicile de terapie

intensivă și reprezintă măsuri de specialitate care au ca obiectiv menținerea funcțiilor vitale și recuperarea cât mai deplină a bolnavului.

ABC-ul resuscitării

Pentru marea majoritate a oamenilor, prezintă interes tehnica resuscitării primare (*ABC-ul resuscitării*), care are, la rândul ei, trei obiective principale:

1. Asigurarea libertății căilor aeriene este condiția evidentă a posibilității reluării respirației. Ea începe cu îndepărtarea oricăror obiecte care ar putea jena mișcările respiratorii imediat după ce victima a fost scoasă din locul în care s-a produs accidentul, se desfac hainele (gulerul cămășii, cureaua etc.) și este așezată în condiții de siguranță. Se extrag apoi din gură eventualii corpi străini, precum și proteza dentară mobilă (dacă este cazul). Dacă se presupune un eventual corp străin situat mai în adâncime, se poate încerca extragerea acestuia cu o pensă. Dacă acesta însă nu este vizibil, el va putea fi extras numai de către medic, cu ajutorul unui aparat numit bronhoscop.

Se poate încerca eliminarea unui corp străin și prin așa-numita *manevră Heimlich*, care poate fi efectuată de către oricine: plasându-ne în spatele victimei (când aceasta este conștientă și poate sta în picioare), cuprindem trunchiul acesteia pe sub brațele ei. Măinile salvatorului se plasează astfel: dreapta, cu pumnul strâns, privește spre sol și se poziționează între ombilic și capătul inferior al sternului, iar stânga o acoperă pe prima. Se efectuează tracțiuni bruște în sus (4 compresii), în urma cărora are loc o creștere a presiunii intraabdominale, care se va transmite toracelui, fapt care ar putea favoriza eliminarea unui corp străin slab, fixat pe căile aeriene superioare. Dacă victima este căzută și inconștientă, salvatorul este deasupra victimei, la nivelul coapselor acesteia, și își plasează în aceeași zonă palma mâinii drepte, iar palma mâinii stângi peste cea dreaptă, exercitând presiuni bruște oblice spre sol și spre capul victimei.

La bolnavul inconștient, capul va fi menținut flectat înapoi (hiperextensie), iar mandibula va fi împinsă în afară, gura menținându-se în același timp deschisă cu ajutorul unui sul sau al unui instrument simplu, aflat în dotarea oricărei truse de prim ajutor, numit pipă Guedel. Aceasta are rolul de a preveni căderea limbii în spate și obstrucția, în acest mod, a căii aeriene, dar ea este utilă și dacă bolnavul are convulsii și există riscul să-și muște limba.

Dacă bolnavul însă varsă, capul va fi poziționat pe o parte, iar întregul corp va fi așezat în decubit lateral pe partea dreaptă, mâna de deasupra (stânga) sub obrazul drept, membrul inferior drept flectat, iar cel stâng, situat deasupra, în extensie (întins). Aceasta este așa-numita poziție de siguranță. Femeile gravide în ultimul trimestru de sarcină vor fi poziționate pe partea stângă. Dacă apar secreții (mucus, conținut gastric), se va aspira conținutul cavității bucale sau chiar al stomacului, printr-o sondă introdusă la acel nivel.

Cea mai sigură și eficientă metodă de eliberare a căilor aeriene este însă intubația traheală, prin care un tub special este introdus, prin gură, direct în trahee. Această tehnică necesită însă un anumit antrenament anterior și o dotare tehnică minimă.

2. Respirația artificială este gestul imediat următor eliberării căilor aeriene. Deși există descrise mai multe metode de respirație artificială, singurele metode eficiente sunt respirația gură la gură și gură la nas.

Respirația gură la gură este cel mai des folosită. Victima stă cu fața în sus, pe un plan dur (pe sol sau pe dușumea, nu pe pat moale!), iar salvatorul va sta pe partea dreaptă (dacă este dreptaci). Cu mâna stângă, prinzând fruntea victimei în palmă, va face hiperextensia capului, iar între degetele 1-2 (degetul mare și arătător) va prinde și va pensa nările victimei. Mâna dreaptă va prinde în palmă bărbia victimei și va menține deschisă gura acesteia. Salvatorul inspiră adânc aer, apoi își va lipi buzele etanș

(direct sau prin intermediul unui tifon sau al unei batiste), expirând brusc, timp de 2 secunde, aerul înmagazinat anterior. Expirul se face cu privirea ațintită către toracele victimei: dacă acesta se ridică, respirația este eficientă; dacă se ridică stomacul, aerul a intrat în stomac și este nevoie de corectarea hiperextensiei capului. Se așteaptă 2-4 secunde, până ce toracele victimei revine pasiv, la diametrul inițial, după care se repetă manevra cu o frecvență de 12-14 insuflații/minut.

Respirația gură la nas se execută atunci când deschiderea gurii este imposibilă, după aceeași tehnică, dar fără a pensa narinele și menținând închisă gura victimei.

3. Masajul cardiac extern se face cu bolnavul în aceeași poziție (cu fața în sus), așezat pe un plan dur. Salvatorul se situează de o parte a victimei și aplică brațele sale întinse (nu flectate!) pe treimea inferioară a sternului astfel: palma mâinii care realizează compresia se plasează direct pe stern, iar cealaltă mână se plasează deasupra primei, paralel sau la 90 de grade, cu degetele întinse sau întrepătrunse cu cele ale mâinii inferioare. Compresiunea sternului se realizează vertical, folosind greutatea corpului și brațele întinse (nu se flectează din cot). Compresiunile trebuie să deplaseze sternul cu 4-5 cm, iar ritmul acestora trebuie să fie de 80-100/minut. Raportul dintre compresiunea toracelui și decompresiunea acestuia trebuie să fie de 1/1.

Întotdeauna masajul cardiac se asociază respirației artificiale. Dacă masajul și respirația sunt realizate de o singură persoană, aceasta va efectua resuscitarea efectuând 2 insuflații, urmate de 15 compresii, păstrând acest raport. Dacă există două persoane care realizează resuscitarea, atunci una dintre ele va face numai insuflații, iar cealaltă, numai compresii, după ritmul: 1 insuflație/5 compresii.

Efectuarea corectă a masajului cardiac se va evidenția prin perceperea unui puls femural sau carotidian concordant cu compresiunile.

Semnele de eficacitate ale resuscitării sunt date de recuperarea activității inimii (puls, tensiune arterială), reluarea respirației, revenirea stării de conștiență, recolorarea pielii și regresia diametrului pupilei la dimensiunea inițială.

Complicațiile resuscitării sunt fracturile costale, leziuni ale organelor din torace sau abdomen, în urma masajului cardiac prea brutal, aspirația în plămân a secrețiilor din stomac etc.

Resuscitarea cardio-respiratorie se va opri dacă, după 20-30 de minute de resuscitare, aceasta rămâne inefficientă.

Resuscitarea secundară implică deja o calificare superioară. Ea începe cu montarea unei perfuzii la o venă accesibilă, prin care se vor administra ulterior o serie de medicamente care sunt indicate în această situație.

Este bine de știut că, indiferent de cauza stopului cardiac, medicamentul numit ADRENALINĂ (1 fiolă are 1 ml și conține 1 mg de substanță activă) este întotdeauna indicat să fie administrat cât mai rapid. Dacă el este disponibil, se administrează câte o fiolă direct pe venă, la fiecare 3-5 minute. Alte medicamente (bicarbonat de Na, atropină, xilină, sulfatul de Mg, bretilium etc.), precum și defibrilarea electrică pot fi indicate doar de către personalul calificat.

Resuscitarea terțiară se face doar în clinicile de terapie intensivă.

10.3. NECAZURI DE IARNĂ: FRACTURILE

Ce sunt fracturile?

Fracturile sunt leziuni traumatice ale oaselor, soldate cu întreruperea continuității acestora. Fracturile pot interesa, în mod teoretic, orice os, dar cele mai frecvente sunt fracturile membrelor.

Există multiple criterii de clasificare a fracturilor: produse la locul de impact al agentului traumatizant cu osul (fracturi directe) sau la distanță de locul traumatismului (fracturi indirecte); fracturi

complete sau incomplete (fisurile, înfundarea oaselor late, îndeosebi ale craniului, ruperile incomplete ale oaselor copiilor); fracturi cu deplasarea capetelor fracturate sau fără deplasarea acestora; fracturi cu fragmente de os multiple (fracturi cominutive); fracturi închise (când pielea rămâne integră) sau fracturi deschise (când și pielea este lezată) etc.

Cum se poate pune diagnosticul de fractură?

Diagnosticul unei fracturi se pune pe seama a două categorii de semne:

■ **Semnele de probabilitate** care, dacă există, ridică suspiciunea unei fracturi sunt:

- ◆ Durerea este spontană, localizată într-un punct fix și crește în intensitate la palparea zonei sau la încercarea de a mișca membrul presupus fracturat.
- ◆ Impotența funcțională se manifestă prin incapacitatea de a efectua mișcări cu membrul traumatizat.
- ◆ Deformarea regiunii respective apare din cauza proeminenței sub piele a capetelor osoase fracturate.
- ◆ Scurtarea membrului fracturat apare în urma deplasării în sus a capătului inferior al fracturii, ca urmare a contracturii musculare reflexe.
- ◆ Echimozele reprezintă colorația violacee a pielii contuzionate de deasupra focarului de fractură, ca urmare a leziunii concomitente și a unor vase de sânge.
- ◆ Tumefierea regiunii și creșterea temperaturii locale.

Aceste semne descrise mai sus cer, pentru clarificarea diagnosticului, căutarea așa-numitelor semne de certitudine.

■ **Semnele de certitudine** – dacă este identificat măcar unul dintre ele – pun diagnosticul sigur de fractură. Ele sunt următoarele:

- ◆ Mobilitatea anormală în focarul de fractură apare atunci când, la încercarea de palpare, osul se mișcă în zona respectivă.

- ◆ Netransmiterea mișcării se manifestă atunci când se încearcă ridicarea membrului presupus fracturat de capătul său proximal (dincoace de fractură). În acest caz, capătul proximal se ridică, dar capătul distal (dincolo de fractură) rămâne căzut.
- ◆ Întreruperea clară a continuității osului se poate determina mergând cu mâna (palpând) pe marginea osului. La un moment dat, se poate sesiza discontinuitatea, iar la nivelul pielii se poate remarca chiar o mică depresiune.
- ◆ Crepitațiile osoase sunt niște zgomote specifice (asemănătoare, ca sunet, zgomotului produs la călcarea pe zăpada înghețată), care apar la palparea fracturii și care sunt cauzate de frecarea între ele a capetelor fracturate.
- ◆ Evidențierea sub piele sau chiar prin piele (în cazul fracturilor deschise) a unuia sau a celor două capete fracturate.
- ◆ Modificările radiologice permit aprecierea clară a fracturii și a detaliilor acesteia.

În mod practic, este dureroasă și uneori chiar periculoasă căutarea tuturor semnelor de certitudine. În prezența unor semne de probabilitate, este necesară efectuarea unei radiografii, care va infirma sau va confirma fractura.

În accidentele mai grave, pe lângă semnele descrise mai sus, o fractură se poate manifesta de la început și cu semnele unor complicații locale: pareze sau paralizii prin compresia, alungirea sau chiar secționarea unui nerv, plăgi vasculare prin leziunea unor artere sau vene, necroza unor țesuturi prin compresia unui vas important, leziunea pielii etc. Aceste complicații apar frecvent din cauza neacordării sau acordării incorecte a primului ajutor.

Cum se acordă corect primul ajutor într-o fractură?

Primul ajutor corect acordat poate preveni multe complicații și poate scurta o perioadă de boală de cele mai multe ori prelungită.

Un bolnav cu fractură nu poate fi transportat fără o imobilizare provizorie a acesteia, cu atât mai necesară, cu cât este vorba de fracturi mari (membru inferior, bazin, coloană vertebrală).

Metodele de imobilizare sunt reprezentate de dispozitive special construite (atele, aparate speciale de extensie și fixare provizorie) sau dispozitive improvizate.

Cu ocazia aplicării aparatului provizoriu de imobilizare se face mai întâi o tracțiune ușoară, continuă și progresivă, pentru a provoca o durere cât mai mică. Acest gest este necesar pentru a pune măcar aproximativ capetele fracturate în același plan (în același ax). Scopul imobilizării este acela de a împiedica mișcările active și pasive, care pot complica fractura, și de a diminua durerile.

O imobilizare corectă trebuie să respecte anumite reguli:

- Trebuie să cuprindă în mod obligatoriu articulațiile situate deasupra și dedesubtul focarului de fractură. De exemplu, o fractură la nivelul gambei trebuie să imobilizeze atât articulația genunchiului, cât și cea a gleznei.
- Va fi precedată de rezolvarea leziunilor care pun în pericol viața. De exemplu, o fractură asociată cu o hemoragie în cadrul unui accident va necesita, în prima etapă, oprirea hemoragiei, iar ulterior, imobilizarea fracturii.
- Imobilizarea trebuie să fie suficient de fixă pentru a-și atinge scopul, dar nu într-atât de compresivă încât să producă tulburări circulatorii.

Atelele standardizate sunt construite din lemn, din material plastic sau material gonflabil (se pun două atele pe părțile laterale ale membrului) sau din sârmă (atele Kramer), acestea având proprietatea de a se îndoi în funcție de necesități (zonă, mărimea segmentului de membru). Atela Kramer se pune de-a lungul părții celei mai lungi a segmentului respectiv. Ca mijloace improvizate se pot folosi orice obiecte rigide (scânduri mici, schiuri, bețe, bastoane etc.).

Înainte de imobilizarea, pe segmentul de membru ce urmează să fie imobilizat se pune un strat de vată (sau pe partea atelei care vine în contact cu pielea), apoi se aplică atela. Aceasta se înfășoară cu o fașă de tifon sau cu orice altă improvizație (batic, fular, centură, cravată etc.), în scopul fixării atelelor de membrul respectiv.

Imobilizarea cea mai eficientă se face însă cu atelă gipsată.

În funcție de zona afectată, imobilizarea trebuie să fie adaptată acesteia:

- Imobilizarea **umărului** se poate face prin următoarele tehnici:
 - ◆ alipirea brațului și a antebrățului de torace, cu cotul îndoit în unghi drept, și înfășurarea toracelui cu o pânză dreptunghiulară tare, trecută în jurul gâtului;
 - ◆ înfășurarea toracelui cu ture circulare de fașă, în spirală, până sub axilă, apoi efectuarea de ture circulare care cuprind brațul, cotul și antebrățul, trecerea feței de două-trei ori peste umăr și fixarea, în final, cu ture circulare a întregului ansamblu.
- Imobilizarea **brațului** se face îndoind o atelă Kramer în formă de „U”, care se mulează peste umăr și peste cot.
- Imobilizarea **cotului** se face cu o atelă îndoită la un unghi de 90 de grade sau cu un batic triunghiular, care susține cotul și care se leagă de gât.
- Imobilizarea **antebrățului** se face cu o atelă Kramer, îndoită la un unghi de 90 de grade, sau cu două atele întinse de la mână până la cot și așezate paralel.
- Imobilizarea fracturilor de **șold** utilizează o atelă lungă (care depășește articulația șoldului și talpa piciorului: scândură, schi etc.), ce se pune pe partea laterală a membrului inferior și de care se fixează, prin fașă circulară, șoldul fracturat. Dacă există o atelă Kramer lungă, aceasta va fi îndoită la un capăt la un unghi de 90 de grade (care va corespunde tălpii piciorului) și va fi pusă de-a lungul feței posterioare a membrului inferior. În

lipsa atelelor, membrul inferior bolnav va fi înfășat de membrul sănătos.

- Imobilizarea fracturilor **gambei** se face cu o singură atelă, așezată posterior, sau cu două atele, situate una pe fața internă, iar cealaltă pe fața externă a gambei.

Atenție!

Fracturile costale nu se imobilizează. Toracele trebuie să rămână liber, pentru a respira cât mai eficient și pentru ca eventuala tuse asociată să fie eficientă (să elimine secrețiile bronșice).

Fracturile de coloană vertebrală (sau doar suspiciunea acestora) trebuie tratate cu o precauție extremă, din cauza riscului mare de complicații: leziuni ale măduvei spinării, cu paralizii consecutive. Victimele vor fi așezate pe un plan dur (targă tare, tăblia unei uși etc.), orice mobilizare a acestora făcându-se menținând coloana în același plan. Pentru imobilizarea fracturii de coloană cervicală, ideală este utilizarea unui guler din burete sau fixarea capului între două suluri (două pături rulate).

Tratamentul, la spital, al fracturilor este de competența medicilor ortopezi. Scopul tratamentului este de a așeza capetele fracturate în același ax (poartă numele de reducere a fracturii), pentru a favoriza vindecarea ulterioară corectă a fracturii. Această așezare a capetelor osoase unul în prelungirea celuilalt se poate face prin metode ortopedice (atunci când deplasarea fragmentelor nu este prea mare și când fractura este recentă) sau prin metode chirurgicale.

Metodele ortopedice sunt manopere de tracțiune manuală sau cu ajutorul unor greutăți (extensie continuă), în urma cărora oasele sunt puse în același ax, după care sunt imobilizate pentru o anumită perioadă în această poziție, în aparat gipsat. Dacă metodele ortopedice sunt ineficiente sau contraindicate, se apelează la metodele chirurgicale. Prin operație se pune în evidență fractura, iar capetele fracturii se rează și se fixează prin metode specifice,

cu ajutorul unor tije, șuruburi, plăci, sârmă etc., în funcție de tipul și localizarea fracturii. Această tehnică poartă numele de osteosinteză. De obicei, după consolidarea fracturii, materialul metalic utilizat se scoate.

După vindecarea fracturii, de cele mai multe ori este necesară o perioadă de recuperare prin fizioterapie, gimnastică medicală.

10.4. CURGE SÂNGE!! HEMORAGIILE

Hemoragiile reprezintă scurgerea sângelui în afara sistemului vascular, printr-o leziune a acestuia.

Clasificarea hemoragiilor

Această pierdere a sângelui, după sediul sângerării, împarte hemoragiile în trei categorii:

- Hemoragia externă este situația cea mai întâlnită în traumatisme și cea mai evidentă, manifestându-se prin scurgerea sângelui printr-o leziune a pielii.
- Hemoragia internă este situația în care sângele se acumulează într-una dintre cavitățile organismului (în cavitatea abdominală: hemoperitoneu; în cavitatea pleurală: hemotorace; în cavitatea pericardică: hemopericard etc.).
- Hemoragia exteriorizată reprezintă situația în care sângerarea se produce într-un organ cavitat, după care se elimină la exterior prin căile naturale: în stomac sau duoden, eliminându-se sub formă de vărsături cu sânge (hematemeză) sau de scaun de culoare neagră, lucioasă (melenă); în căile respiratorii intrapulmonare, eliminându-se sub formă de spută cu sânge (hemoptizie); în porțiunea terminală a intestinului gros (rect), eliminându-se sub formă de scaun cu striții sanguinolente (rectoragie); în vezica urinară, eliminându-se sub formă de urină sanguinolentă (hematurie); la nivelul uterului, eliminându-se în intervalul dintre două menstruații (metroragie) sau menstruații

prelungite și abundente (menoragie); la nivelul mucoasei cavității nazale (epistaxis).

În funcție de tipul vasului de sânge care a fost lezat, hemoragiile se clasifică astfel:

- Hemoragiile arteriale sunt cauzate de leziunea unei artere. Sângele țâșnește ritmic, sincronizându-se cu bătăile cardiace, este de culoare roșu-aprins și, în scurt timp, se pierde o mare cantitate de sânge.
- Hemoragiile venoase sunt cauzate de leziunea unei vene. Sângele curge cu o presiune constantă, este roșu-închis, iar volumul de sânge pierdut în unitatea de timp este mai mic decât în cazul leziunilor arteriale.
- Hemoragiile capilare sunt cauzate de leziunile unor capilare. Sângerarea este difuză, fără a se putea evidenția o sursă clară a sângerării.

Cauzele hemoragiilor

Cauzele cele mai frecvente ale hemoragiilor pot fi împărțite în două grupe:

- **Hemoragiile traumatice** pot fi, la rândul lor, de două tipuri:
 - ◆ Accidentale: apar în urma unor accidente minore, casnice, sau după accidente mai mari: politraumatisme, accidente de circulație, căderi de la înălțime, agresiuni. Toate au în comun existența unor plăgi care sângerează.
 - ◆ Chirurgicale: apar în decursul operațiilor chirurgicale, cu ocazia secționării sau extirpării unor organe sau țesuturi. Ele se rezolvă intraoperator.
- **Hemoragiile medicale** sunt cauzate de leziunile pe care anumite boli, în evoluția lor, le produc asupra unui vas sanguin. În această categorie intră cele mai multe dintre hemoragiile exteriorizate. Trebuie să ne gândim mai ales la următoarele boli mai frecvente, când apar aceste forme de hemoragie:

- ◆ Hematemeza și/sau melenă: ulcer duodenal sau gastric, gastrită hemoragică, cancer gastric, varice esofagiene rupte în urma evoluției unei ciroze hepatice, esofagită peptică, diverticul esofagian etc. Apar uneori după tratament cu medicamente antiinflamatoare sau antipiretice.
- ◆ Hemoptizia: bronșiectazia, tbc pulmonară, cancerul pulmonar, rar unele bronhopneumonii, dar și stenoza mitrală, hipertensiunea arterială pulmonară, leucemia acută, mielomul multiplu etc.
- ◆ Hematuria: traumatismele aparatului urinar, litiaza reno-ureterală și vezicală, cancerul renal etc.
- ◆ Rectoragia: rectocolita ulcero-hemoragică, hemoroizii, cancerul colo-rectal etc.
- ◆ Metroragia: fibrom uterin, cancer de uter etc.
- ◆ Epistaxisul: fragilitatea mucoasei nazale, criză hipertensivă, hemoragie cerebrală etc.
- ◆ Hemoragii subcutane fără o cauză aparentă sau după traumatisme minore: hemofilie.

Diagnostic

Diagnosticul unei hemoragii este ușor de pus atunci când sângerarea este vizibilă. Când însă hemoragia este internă și nu se exteriorizează în vreun fel, într-o primă etapă diagnosticul este unul de probabilitate. O hemoragie redusă, în care s-au pierdut 300-400 ml de sânge, poate să nu dea simptome evidente. De altfel, intensitatea simptomelor este dată de volumul de sânge pierdut, de viteza cu care s-a pierdut acel volum de sânge (organismul suportă mai ușor pierderile mai mari, dar care s-au produs într-un timp mai prelungit, decât pierderile mai mici, dar brusc instalate), de existența anterioară a unei anemii, de repetarea sângerărilor și, în ultimă instanță, de condiția biologică și de gradul de rezistență a organismului.

Ca manifestări clinice generale, în prima etapă apar amețeli, îndeosebi când bolnavul stă în poziție verticală sau se ridică brusc în această poziție, tulburări de echilibru, tulburări de vedere (vede dublu: diplopie), uneori este mai agitat sau mai anxios. Tegumentele devin mai palide, pulsul este accelerat, tensiunea arterială este mai scăzută, respirațiile devin mai frecvente, limba apare uscată, urinează mai puțin (oligurie) și apare senzația de sete.

Pe lângă aceste manifestări, apar și semne specifice sediului unde s-a produs hemoragia: dureri abdominale, balonare în cazul hemoragiilor intraabdominale; dureri toracice, însoțite de insuficiență respiratorie, cianoză în cazul hemoragiilor intratoracice etc., precum și modificări ale unor analize de laborator (scad hematocritul, hemoglobina).

Tratament

Tratamentul hemoragiilor constă în oprirea cât mai urgentă a acestora prin procesul numit hemostază.

Organismul are capacitatea ca, prin mecanismele proprii, să oprească acele hemoragii produse prin leziuni ale vaselor de calibru redus (capilare, vene mici). Pentru vasele mari este necesară însă o intervenție specifică.

Hemoragia, prin efectele pe care le are asupra organismului, reprezintă o urgență maximă, care impune realizarea hemostazei cât mai precoce posibil, cu scopul de a limita cât mai mult pierderea de sânge. Oprirea hemoragiei poate fi provizorie sau definitivă.

Hemostaza provizorie se face la locul accidentului și este aplicabilă doar la hemoragiile externe. Ea necesită cunoștințe medicale și dotare minime, accesibile oricărei persoane, fiind o metodă care se poate aplica o perioadă relativ scurtă, până când este posibilă hemostaza definitivă, efectuată de personalul medical calificat.

Metode de oprire provizorie a sângerării

Principalele metode de hemostază provizorie sunt următoarele:

Compresiunea circulară a unui segment de membru, efectuată cu ajutorul garoului (bandă sau tub de cauciuc) care va întrerupe temporar circulația sanguină în regiunea corpului situată dincolo de locul unde a fost aplicat acesta. În absența garoului, acesta poate fi înlocuit cu mijloace improvizate: curea, cordon, cravată, manșeta unui tensiometru etc. Aplicarea garoului trebuie să respecte anumite reguli:

- Locul de aplicare va fi întotdeauna dependent de tipul hemoragiei. În cazul hemoragiei arteriale (sângele țâșnește și este roșu-aprins), garoul va fi pus deasupra leziunii. În cazul hemoragiei venoase (sângele curge cu debit constant și este roșu-închis), garoul se pune sub leziune. Evident că, în cazul unei leziuni hemoragice la nivelul gâtului, nu se poate aplica garoul.
- În cazul hemoragiilor arteriale, garoul se aplică numai pe regiunile care au un singur os (braț, coapsă), chiar dacă leziunea este mai jos (pe antebraț sau gambă). Acest lucru este important, întrucât, la nivelul antebrațului sau al gambei, există două oase care, indiferent de compresie, vor delimita între ele mușchi și vase ce nu vor fi comprimate de compresia circulară, fiind „protejate” de cele două oase paralele. La nivelul de compresie se introduce un sul (o fașă de tifon) poziționat deasupra arterei (vezi compresiunea digitală, mai jos), pentru a realiza o compresie cât mai eficientă. Evident că, în cazul hemoragiilor venoase, această regulă nu este valabilă.
- Timpul total cât poate fi menținut garoul este de 2 ore, cu condiția ca intermitent, la 15-30 de minute, acesta să fie ridicat câteva minute, pentru a permite vascularizația țesuturilor situate sub garou. Dacă nu se respectă această regulă, pot apărea leziuni grave ale întregului organism, determinate de pătrunderea în circulație a produșilor toxici de metabolism,

eliberați din zona respectivă. În timpul cât garoul este ridicat se va face compresiune digitală, pentru a preveni pierderea de sânge.

- După aplicarea garoului, se va atașa de acesta un bilet pe care se va nota ora/minutul aplicării și bolnavul va fi dus imediat la spital.

Compresia digitală permanentă a vasului lezat pe un plan osos poate fi eficientă în hemoragiile arteriale, dacă este bine cunoscut locul specific de compresiune a fiecărei artere mai importante:

- artera carotidă: între trahee și mușchiul sternocleidomastoidian, pe coloana vertebrală cervicală;
- artera humerală: la nivelul feței interne a brațului, pe osul humerus;
- artera femurală: la rădăcina coapsei, imediat sub plica inghinală (la mijlocul ei), pe osul femur;
- artera facială: la mijlocul mandibulei, pe planul osos al acesteia;
- artera temporală superficială: imediat înaintea urechii;
- artera poplitee: în spatele rotulei, pe fața posterioară a genunchiului;
- artera radială: pe partea externă a rădăcinii mâinii (locul unde se ia de obicei pulsul);

În anumite situații de urgență, cu degetul înfășurat într-o compresă, se poate efectua hemostaza chiar în plagă. Două mari dezavantaje le are compresiunea digitală: apariția relativ rapidă a oboselii celui care efectuează tehnica și dificultatea manevrării rănii.

Fixarea segmentului de membru lezat într-o anumită poziție

- În hemoragiile venoase, membrul se ridică în poziție verticală;
- În hemoragiile arteriale, se flectează puternic antebrațul pe braț sau gamba pe coapsă, punând un sul în plica de flexie.

Pansamentul compresiv se face în hemoragiile mici, după toaleta plăgii, acoperind regiunea cu o cantitate mai mare de comprese, peste care se înfășoară strâns o fașă. Metoda este simplă, netraumatizantă și permite o irigare mai bună a zonei netraumatizate.

Aplicarea unei pense hemostatice direct în plagă, pe vasul care sângerează, este o metodă eficientă, dar necesită unele cunoștințe medicale suplimentare.

Hemostaza definitivă se realizează la spital, de către personalul calificat, prin ligatura vasului care sângerează, sutura plăgii, tamponarea acesteia cu tampoane îmbibate cu apă oxigenată sau cauterizarea vasului. În cazul leziunii unor artere mari, capetele secționate ale acesteia se anastomozează.

Dacă sângerarea a fost abundentă, este uneori necesară refacerea volumului de sânge circulant, prin perfuzii cu soluții specifice sau transfuzii de sânge, plasmă.

10.5. PLĂGILE

Plăgile sau rănilile reprezintă orice leziune produsă de un agent extern (mecanic, termic, chimic, electric), a cărui acțiune se soldează cu o întrerupere a continuității tegumentelor sau a mucoaselor.

Cauze

În funcție de tipul agentului traumatic care a produs plaga, vorbim despre:

- Plăgile înțepate sunt produse de așchii de lemn, cuie, coarne de animale, ace etc. Prin faptul că au dimensiuni reduse, necesită o examinare amănunțită, întrucât au un risc crescut de infecție (de obicei, sunt profunde) și de perforație (pot pătrunde prin piele în anumite cavități (abdomen, torace, pericard etc.), fapt care complică mult evoluția lor ulterioară. De asemenea, de multe ori se întâmplă ca agentul care a produs plaga să rămână

în plagă, vizibil sau nu, iar identificarea și extragerea lui să devină dificile. Dacă o asemenea plagă a produs sau se suspectează o leziune vasculară, corpul străin nu trebuie scos la locul accidentului, ci bolnavul trebuie adus urgent la spital. Extragerea corpului străin poate produce o hemoragie extrem de greu de stăpânit.

- Plăgile tăiate sunt produse de corpuri tăioase: cuțit, lamă, sabie, brici, ciob de sticlă. Ele au marginile regulate, distrugerile de țesuturi sunt mai reduse și vindecarea este mai rapidă.
- Plăgile contuze sau zdrobite sunt produse de corpuri cu margini neregulate, contondente: piatră, băta etc. Aceste plăgi au margini neregulate, distrugându-se, de obicei, o suprafață mare de țesuturi. Riscul lor de infecție este mai crescut.
- Plăgile împușcate pot avea un singur orificiu, de obicei de dimensiuni reduse, atunci când glonțul este rămas în organism, sau pot avea două orificii, cel de-al doilea, de ieșire, fiind mult mai larg decât primul. Aceste plăgi sunt grave atât prin riscul lor de lezare a unor organe interne importante, cât și prin riscul crescut de infecție, îndeosebi când glonțul este reținut în corp.
- Plăgile mușcate de animale și înțepate de insecte vor fi tratate în mod separat.

Simptomatologie

Plăgile sunt însoțite de o serie de semne și simptome comune oricărei leziuni a tegumentului.

- Hemoragia este de o amploare diferită, în funcție de zona tegumentară implicată, de vasele de sânge lezate (venă, arteră) și de eventualele leziuni ale unor organe interne.
- Impotența funcțională reprezintă imposibilitatea de a efectua anumite mișcări, fie din cauza durerii, fie din cauza leziunii unor structuri anatomice: nervi, mușchi, tendoane.
- Durerea este evidentă și se ameliorează după primele 12 ore.

La aceste simptome, dacă plaga supurează (este infectată), se pot asocia febra și frisonul.

Tratament

Tratamentul unei plăgi urmărește câteva principii:

- Oprirea hemoragiei, îndeosebi dacă plaga sângerează abundant și există riscul unei pierderi masive de sânge. Hemostaza se face prin metode provizorii sau definitive, descrise pe larg la capitolul *Hemoragii*.
- Explorarea plăgii, pentru a putea inventaria corect toate leziunile existente. Această manoperă nu se realizează însă la locul accidentului, din cauza riscului de producere a unor hemoragii greu de stăpânit sau de producere a unor leziuni suplimentare.
- Dezinfecția mecanică și chimică a plăgii se realizează prin eliminarea corpurilor străini, a resturilor de vestimentație, pământ etc., precum și prin spălare cu soluții dezinfectante. Eliminarea corpurilor străini din plagă trebuie evitată atunci când există suspiciunea că, prin extragerea brutală a acestora, s-ar putea produce o leziune vasculară importantă.

În mod practic, dezinfecția unei plăgi la locul accidentului se face astfel:

- Se îndepărtează complet hainele care acoperă zona accidentată, eventual prin tăiere la cusătură, fără mișcări bruște sau inutile.
- Dacă plaga este la nivelul unei regiuni păroase, este necesară raderea de păr a acesteia.
- Tegumentul din jurul plăgii se spală din abundență cu apă și săpun, apoi se dezinfectează întâi cu alcool sanitar (spirt), apoi cu tinctură de iod, prin mișcări circulare în jurul plăgii, dinspre interior spre exterior. Nu se toarnă niciodată alcool sanitar sau tinctură de iod în plagă!
- Plaga se dezinfectează turnând în ea, în jet, soluție de apă oxigenată 3%. În absența acesteia, se poate folosi cloramină

0,2-0,4%, Rivanol 0,1% sau permanganat de potasiu 1/4000. Spuma pe care apa oxigenată o face în plagă va avea un triplu efect: dezinfectant, distrugând o mare parte dintre bacteriile existente; hemostatic, oprind hemoragiile mici; mecanic, eliminând particulele străine, mici, existente (cioburi de sticlă, pământ etc.).

- Tamponarea plăgii se face cu comprese sterile de tifon. Nu se pune vată direct în plagă.
- Pansarea plăgii se face cu comprese sterile de tifon, peste care se trage o fașă de tifon sau se lipește cu leucoplast sau cu substanțe adezive (galifix, mastisol).
- Sutura plăgii se face de către personalul calificat, respectând riguros regulile de asepsie și antisepsie, în condiții de spital sau dispensar. În primele 6 ore, plăgile sunt considerate neinfectate și, dacă au fost corect dezinfectate, se pot sutura. Dincolo de cele 6 ore, o plagă, indiferent de aspectul ei, este considerată potențial infectată și nu se suturează decât ulterior începerii procesului de vindecare. Cu toate acestea, o plagă ce s-a produs în condiții de risc infecțios mare sau prin mușcare de animale nu se va sutura imediat, indiferent de timpul scurs de la producerea acesteia.
- Este contraindicată aplicarea altei soluții într-o plagă, a altui unguent sau a altei substanțe (miere, smântână, brânză de vaci, albuș de ou etc.). Acestea nu favorizează vindecarea plăgii și, în plus, cresc riscul de infecție sub crusta formată.
- Pentru orice plagă, este obligatorie efectuarea profilaxiei antitetanice. Aceasta se face cu A.T.P.A. (anatoxină tetanică) ce se administrează intramuscular: 1 fiolă (0,5 ml), în cazul bolnavilor care au fost vaccinați anterior. La persoanele nevaccinate sau la care vaccinarea a fost incompletă sau în plăgile tetanigene (capabile de a produce tetanos), se va administra sub supraveghere medicală și ser antitetanic.

Principalele plăgi tetanigene sunt: plăgile zdrobite, cu leziuni musculare și tegumentare extinse, plăgi ale vaselor mari, la care s-a menținut mult timp garoul, plăgi în care au existat corpi străini restanți (așchii, proiectile, pământ, resturi vestimentare), plăgi murdărite de praf, resturi animale, plăgile penetrante, arsurile extinse, fracturile deschise, avorturile sau nașterile efectuate la domiciliu, mușcăturile de animale.

Plăgile infectate sau care, prin mecanismul lor de producere, pot să se infecteze necesită tratament cu antibiotice, în scop curativ sau profilactic.

10.6. POLITRAUMATISMELE

Bolnavii politraumatizați sunt bolnavii care au cel puțin două leziuni grave, care afectează funcția respiratorie sau cardio-circulatorie. Ei sunt, de obicei, victimele unor accidente de muncă sau de circulație, căderi de la înălțime, accidente naturale etc.

Atitudinea față de un politraumatizat trebuie să identifice cât mai rapid existența unei leziuni care îi poate produce victimei un risc vital și să clasifice leziunile în funcție de gravitatea lor. În cazul unor accidente colective, este deosebit de importantă selectarea victimelor în funcție de leziunile lor. Se acordă primele îngrijiri victimelor cu leziuni care le pun în pericol viața, iar celorlalte victime li se acordă primul ajutor numai după stabilizarea funcțiilor vitale ale victimelor grave.

În evaluarea leziunilor unui politraumatism se caută următoarele semne:

- semne neurologice: starea de conștiență păstrată sau comă, starea de agitație, semne de paralizie, traumatisme cranio-cerebrale sau ale coloanei vertebrale;
- semne respiratorii: respirație normală sau mai frecventă, semne de insuficiență respiratorie (cianoză, bătaii ale aripioarelor nazale), traumatisme ale toracelui;

- semne cardiovasculare: existența pulsului, frecvența și intensitatea acestuia, semne de insuficiență cardiacă;
- semne abdominale: dureri abdominale, bombarea abdomenului, contractura musculară a peretelui abdominal la încercarea de a-l palpa;
- la nivelul bazinului: integritatea oaselor bazinului, aspectul urinei;
- la nivelul membrelor: aspectul lor, pulsul distal de fracturi, durere localizată, semne directe sau indirecte de fractură, sensibilitate și mișcări păstrate;
- la nivelul pielii: plăgi, hemoragii, arsuri.

Leziunile care trebuie controlate în primul rând sunt:

- hemoragiile,
- respirația.

Etapele de acordare a primului ajutor la un politraumatism

În cazul unui politraumatism, etapele care trebuie urmate în acordarea primului ajutor sunt următoarele:

- Controlul hemoragiilor externe prin hemostază provizorie: pansament compresiv, aplicarea garoului, compresie locală sau la distanță etc.
- Oxigenoterapie prin oxigen pe mască, respirație artificială gură la gură sau intubație traheală;
- Montarea unei perfuzii (sau mai multe) și corectarea rapidă a pierderilor de sânge cu ser fiziologic, Dextran sau sânge.
- Măsurile specifice tipului de traumatism: punerea unui guler cervical, în cazul suspiciunii unei fracturi de coloană cervicală; imobilizarea provizorie a fracturilor membrelor.
- Protecție împotriva hipotermiei, îndeosebi la pacienții deja hipotermici.
- Calmarea durerii.

- Supravegherea permanentă a funcțiilor vitale: puls, tensiune arterială, respirație, culoarea tegumentelor.
- Transport imediat la spital, în condiții de stabilizare a respirației și activității cardiace.
- În cazul traumatismelor cu victime închise în mașini deformată de accident, acestea nu vor fi extrase prin tragere sau târâre. Acest gest bine intenționat poate crea leziuni grave, ireversibile (leziuni ale măduvei spinării, cu paralizii secundare). Pentru descarcerare, se așteaptă sosirea unor echipaje specializate tehnic și ca dotare.

10.7. TRANSPORTUL ACCIDENTAȚILOR

Orice traumatism se va transporta la spital numai după stabilizarea funcțiilor respiratorii și cardiace. Resuscitarea cardio-respiratorie se face **la locul accidentului**. Este mai importantă transportarea la spital, chiar cu o oarecare întârziere, dar cu plămânii și inima în funcțiune, decât ajungerea rapidă la spital, dar cu un stop cardio-respirator depășit.

Traumatismul cranio-cerebral se transportă pe spate, cu trunchiul și capul ridicate la 30 de grade. Până la infirmarea diagnosticului, se va considera că are și o leziune cervicală și se va monta un guler cervical.

Traumatismul coloanei vertebrale se va transporta pe spate, în poziție orizontală perfectă, pe o targă dură (metalică sau de lemn), dreaptă, cu gulerul cervical pus și cu bolnavul fixat de targă, pentru a nu se mișca în timpul transportului.

Traumatismul toracic va fi transportat cu funcția respiratorie protejată (intubație), cu lichidul sau aerul din cavitatea pleurală evacuate prin drenaj pleural, cu bolnavul în poziție semișezândă, care îi asigură o respirație mai eficientă și dureri mai reduse, dacă există fracturi costale.

Traumatismul abdomino-pelvin se transportă cu bolnavul așezat pe spate. Dacă sunt semne de hemoragie internă, montarea a una-două perfuzii este necesară înaintea transportului.

Traumatismele membrelor se transportă după imobilizarea provizorie a fracturii și cu pacientul așezat pe spate. Partea amputată trebuie recuperată și ambalată într-un sac închis și așezat pe gheață.

Transportul unui bolnav inconștient sau a cărui stare de conștiență nu este perfectă va fi făcut în poziția laterală, de siguranță.

PROBLEME DE ETICĂ MEDICALĂ

11.1. REQUIEM PENTRU VIAȚĂ. EUTANASIA – O SOLUȚIE?

Imaginea unui bolnav de cancer care mai are de trăit câteva săptămâni sau zile, chinuit de dureri atroce, care îi sunt alinate doar de morfină și doar pentru puțin timp, și care așteaptă moartea ca pe o izbăvire, poate fi terifiantă pentru mulți. Poate ați văzut vreodată sau ați auzit de un accident în urma căruia un om suferă un traumatism cerebral atât de puternic, încât creierul său devine irecuperabil. El este ținut în viață doar într-un mod artificial, prin multe fire și tuburi care îl conectează la aparate sofisticate. V-ați întrebat dacă acești oameni „trăiesc”? Ce fel de viață este aceasta?

Există vreo diferență între a fi în viață și a trăi? A fi în viață este un fenomen pur biologic. Fluturii sau elefanții sunt vii. Copacii sunt vii, de asemenea. A trăi însă nu înseamnă numai a fi viu. A trăi înseamnă să exiști ca om, să contezi pentru ceilalți, să fii implicat în ceea ce se întâmplă. Un cal rănit, pe vremuri, era împușcat imediat! Putem noi refuza mila pe care nu o refuzăm unui animal care suferă?

Suntem obișnuiți cu termeni ca: *viață, a trăi, moarte*, pe care îi folosim curent, dându-le sensul lor de bază. Ignorăm însă, din

neștiință sau din dorința de confort psihic, paradoxurile legate de aceste noțiuni ontologice. Acești termeni devin astăzi din ce în ce mai greu de definit exact, mai ales atunci când decizia asupra vieții și morții este luată în mână de către oameni. În acest context, o discuție despre eutanasiere ridică multe întrebări la care deseori este greu de răspuns, dacă acest răspuns trebuie să țină cont în același timp de considerente morale, sociale, religioase și economice.

Asemenea realități tragice, care apar frecvent în practica medicală, au dus la definirea eutanasiei. Eutanasia este o metodă de provocare de către medic a unei morți precoce, nedureroase, unui bolnav incurabil, pentru a-i curma o suferință grea și prelungită. Termenul provine din grecescul *eutanasia* (*eu*: bine, *thanatos*: moarte), care semnifică moarte ușoară. Eutanasia este de două feluri: activă și pasivă. *Eutanasia voluntară sau activă* se face la cererea pacientului muribund sau a persoanei legale care îl reprezintă. Ea implică o acțiune deliberată, care *produce* moartea. *Eutanasia pasivă sau negativă* se manifestă prin *abținerea* de a face anumite gesturi terapeutice care ar putea preveni moartea imediată sau ar prelungi viața celui aflat în suferință.

Istoric

Eutanasia a fost acceptată legal și moral, în forme variate, în diferitele etape de dezvoltare ale civilizației. În Grecia și în Roma antică, existau situații când era permis să ajuți pe cineva să moară. Scriitorul grec Plutarh menționează că, în Sparta, pruncuciderea era practică asupra copiilor care nu erau suficient de „*sănătoși și viguroși*”. Pe de altă parte, atât Socrate, cât și Platon au sancționat eutanasia în multe ocazii, deși în Atena magistrii vremii păstrau o rezervă de otrăvă pentru oricine dorea să moară. Ei spuneau: „Dacă viața a fost odioasă cu tine, mai bine să mori; dacă ai fost distrus de soartă, mai bine să bei otrăvă”. Eutanasia voluntară la cei vârstnici a fost un obicei aprobat la cele mai multe civilizații antice.

Impunerea bisericii pe plan social a făcut ca eutanasia să fie oficial interzisă. Creștinismul, iudaismul și islamismul, care consideră, fiecare în felul lui, viața ca fiind sacră, au condamnat eutanasia

sub orice formă. Urmând principiile tradiționale religioase, legislația multor țări consideră și astăzi actul de a ajuta pe cineva să moară drept omucidere supusă sancțiunii penale. Chiar și eutanasia pasivă a fost de multe ori condamnată. Ea însă a existat nedeclarată chiar și acolo unde a fost declarată ca fiind ilegală. Este frecvent întâlnită, de altfel, externarea unor bolnavi la cererea familiei sau la sugestia medicilor, atunci când acești bolnavi sunt considerați deasupra posibilităților actuale de tratament, situație care este amiabilă pentru ambele părți: pentru familie, pentru că evită complicațiile și cheltuielile legate de autopsie, transport, formalități de natură administrativă; pentru asistența medicală, pentru că reduce cheltuielile, eliberează un pat de spital și nu alterează indicii statistici ai spitalului prin creșterea mortalității.

Cei care au criticat această practică au adus în discuție așa-numitele „comitete ale eutanasiei” înființate de Germania nazistă, care erau împuternicite să condamne și să execute pe oricine era considerat o povară pentru stat. Acest exemplu de abuz prin puterea de a decide asupra vieții și morții a constituit mult timp un argument împotriva practicării eutanasiei.

Aspecte legale

Organizații care au susținut legalizarea eutanasiei au apărut în Marea Britanie, în 1935, și în SUA, în 1938. Aici a apărut *Eutanasia Society of America*, ce consideră că, „ținând cont de precauțiile necesare, poate fi legal a permite bolnavilor incurabili să aleagă imediat să moară decât să trăiască în agonie”. În 1979, societatea EXIT din Marea Britanie a publicat primul ghid cu „prescripții în vederea sinuciderii”, în care erau date detalii privitoare la modalități de sinucidere. El a fost urmat de o altă carte, intitulată *Lasă-mă să mor înainte de a mă trezi*. Aceste organizații au câștigat un anumit suport din partea unui segment al opiniei publice, dar nu au fost în stare să se impună în întreaga lume. În ultimele decenii, legile împotriva eutanasiei pasive și voluntare au devenit mai permissive, dar au rămas încă serioase întrebări de ordin moral și legal. Două

recente referendumuri care au avut loc în statele Washington și California (SUA) au autorizat medicii din aceste state să practice eutanasia activă, aceasta fiind considerată o „nouă prestație medicală”. Ea a fost aprobată de 64% dintre participanți și de 79% dintre cei care aveau vârsta sub 35 de ani.

În SUA există de altfel o adevărată mișcare pro-eutanasiе, care promovează dreptul de a muri „cu demnitate” și care a primit o încurajare considerabilă prin includerea, în 1990, în legislația a 40 de state, a recunoașterii dreptului legal al unei persoane de a lua singură „decizia de a trăi”. Aceasta permite împuternicirea medicului curant de a nu efectua nici un act medical care ar prelungi viața unui bolnav aflat într-un stadiu terminal de evoluție a unei boli incurabile. În 1989, prestigioasa revistă medicală *New England Journal of Medicine* afirma că „nu este imoral pentru un medic să asiste într-un mod rațional sinuciderea unui bolnav aflat în stadiul terminal al unei boli incurabile”.

În revista medicală *JAMA* a fost descrisă, într-un articol anonim, inițiativa unui medic de a injecta unui tânăr bolnav de cancer o doză letală de morfină, fără ca pacientul să știe, fapt care a provocat o adevărată furtună în lumea medicală. În replică a fost publicat un alt articol, intitulat „*Doctorii nu trebuie să ucidă*”, prin care „*medicul ucigaș*” a fost acuzat că a încălcat legile civile, nu a respectat protocoalele medicale și a violat cele mai sacre canoane medicale.

În Olanda, țară în care eutanasia este legiferată, anual au loc în jur de 5.000 de cazuri de eutanasiе activă. Ea este făcută în următoarele condiții: pacientul este conștient și își dă acordul liber, explicit și repetat; atât pacientul, cât și medicul sunt de acord că suferința este extrem de greu tolerabilă; toate posibilitățile terapeutice au fost epuizate; există acordul unui alt medic, complet neimplicat în acel caz; există o decizie judecătorească individuală, dată în acest scop. Procedura completă este însă destul de greoaie și necesită mult timp pentru a fi finalizată. De aceea, și aici, ca și în

alte părți, se întâlnește așa-numitul „private killing”, o eutanasiе activă discretă, în care cauza oficială a decesului este stopul respirator. El este însă determinat de o doză masivă de narcotice care, evident, nu este declarată și care creează impresia unei morți naturale. 1,8% din totalul deceselor care au loc în Olanda sunt rezultatul eutanasiei active, iar 54% dintre medicii olandezi au participat măcar o dată la o asemenea „execuție”. Este curios faptul că motivele care duc la acest gest sunt multiple: demnitatea, durerea, lipsa valorilor etice și morale, sentimentul dependenței de alții, lipsa poftei de viață. În numai 10% dintre cazuri, durerea este elementul unic de decizie.

Considerente medicale și etice

Asociația Medicilor Americani a dat, în 1933, o declarație intitulată „Medicul și pacientul muribund”, care susținea că „scurtarea intenționată a vieții unei ființe umane de către o alta vine în contradicție cu etica profesiunii medicale”.

Profesiunea medicală a fost dintotdeauna situată în mijlocul controverselor privitoare la eutanasiе. Unele guverne și grupări religioase acceptă ideea că pentru acești bolnavi aflați în stadii terminale ale unor boli incurabile, pentru care nu există astăzi nici o posibilitate de tratament medical, nu este justificată apelarea la „mijloace excepționale” pentru a le prelungi viața (pentru cât timp, cu ce calitate a vieții și cu ce preț?). Progresele tehnicii medicale fac posibilă utilizarea aparatelor de ventilație mecanică – ce suplinesc funcția plămânilor –, a rinichiului artificial și a altor aparate care pot permite păstrarea „în viață” a unei persoane pentru o lungă perioadă de timp, deși ea este într-o stare de comă (inconștientă) din care nu-și va reveni niciodată în condițiile cunoștințelor medicale actuale, iar creierul are leziuni ireversibile, incompatibile cu o viață cât de cât normală (alimentație, comunicare, mișcare etc.). O asemenea situație produce suferință bolnavului, familiei și este extrem de scumpă, nefiind accesibilă în orice spital.

Pentru a ameliora problemele de etică și de morală produse de eutanasia activă, a fost proiectat chiar un aparat care să asiste sinuciderea unor asemenea pacienți. Primul dintre cei care l-au folosit a fost o femeie la care a debutat boala Alzheimer (o formă de demență progresivă) și care, de teama că în viitor nu va fi în stare să ia singură decizia privitoare la sinucidere, a ales să o facă în acest mod. Inventatorului acestui aparat i s-a retras însă ulterior dreptul de practică medicală.⁷

Pe de altă parte, progresele rapide pe care le face medicina, îndeosebi în transplanturile de organe, pot conduce la abuzuri în ceea ce privește eutanasia, știut fiind faptul că marea majoritate a organelor transplantate sunt recoltate de la bolnavi considerați fără nici o șansă de supraviețuire, al căror creier este complet mort (fapt demonstrat prin criterii de stabilire a morții creierului bine standardizate), dar la care activitatea celorlalte organe este menținută artificial prin mijloace medicale, a căror întrerupere duce imediat la moartea biologică propriu-zisă. Interesul nedeclarat al celor care recoltează organele pentru transplantare este evident, acela de a avea cât mai mulți donatori. Cu toate acestea, cel de la care s-a recoltat un organ pentru transplantare „trăiește” într-un anumit fel în corpul celui alt, are păstrată propria lui zestre genetică și „ajută” un alt om să trăiască.

Noile definiții ale morții, privite din punct de vedere medical și legal, precum și responsabilitățile medicale încearcă să lămurească această nouă realitate. Majoritatea țărilor au acceptat noțiunea de *moarte cerebrală* – punctul în care centrii nervoși cei mai importanți nu mai funcționează – moment în care este sau poate deveni „legală” oprirea, cu permisiunea familiei, a unui aparat care menține „viața”.

În 1985, în SUA s-au adoptat așa-numitele *Drepturi ale bolnavului în stadiu terminal*. Acestea îi permit să opteze pentru o eutanasi pasivă, dacă ia această hotărâre liber și este informat de consecințe. Controversele legate de eutanasia activă rămân încă

deschise datorită activității mișcărilor religioase și a multor membri ai profesiei medicale.

Considerente religioase

Un mare filozof și medic al culturii iudaice, pe nume Maimonides (1135-1204), pe care contemporanii săi l-au supranumit „Al doilea Moise”, a scris: „O persoană care este pe moarte trebuie să fie privită cu respectul ce i se cuvine unei persoane care este în viață”.

Coranul stipulează faptul că eutanasia, chiar dacă este solicitată de bolnav, este un păcat, iar cei care o fac vor fi „excluși din ceruri”.

În anul 1958 a fost emisă „Declarația Vaticanului privind eutanasia”, care susținea că „biserica, acum și întotdeauna, a fost împotriva luării unei vieți, indiferent de circumstanțe”.

De altfel, luarea vieții unui om, indiferent de circumstanțele pe care ni le putem argumenta, este o călcare a Legii lui Dumnezeu care spune clar: „*Să nu uciți!*” Argumentele care vin în favoarea eutanasierii trebuie filtrate prin prisma următoarelor întrebări: Dreptul de a alege trebuie respectat mai mult decât viața însăși? Cât este de reală alegerea pacientului? Nu este ea influențată de faptul că el ar vrea să trăiască, dar știe că va muri? Teama de moarte este mai mare sau mai mică decât teama de suferință, de durere? Este moartea un loc de evadare sau un loc de parcare?

Doar Dumnezeu poate decide când viața nu mai are nici o valoare. Dacă acceptăm faptul că un om sau un grup de oameni, indiferent cât ar fi de calificați în acest domeniu, poate decide cine trebuie să trăiască și cine trebuie sau poate să moară, prerogativele lui Dumnezeu de Creator sunt luate de creaturile Sale. Istoria a experimentat această substituție în numele unor idealuri declarate nobile, iar „purificarea rasei” atât de elitist declarată, a fost un fiasco. A ucide este o „boală contagioasă”, îndeosebi pentru acest secol, greu de ținut în frâu și cu mari tendințe de multiplicare.

Moartea este cel mai privat aspect al vieții. Intimitatea ei este din ce în ce mai mult violată. Punctul terminus în care ajunge un om este și momentul ultimei posibile întâlniri cu Dumnezeu. Tehnologia medicală de astăzi a adus nu numai beneficii pacienților, dar și schimbări și modificări etice, legale și religioase, a creat dileme pentru bolnavi, pentru familiile acestora și pentru personalul medical. Este eutanasia o soluție? Este ea *ultima* soluție? Categorie, nu! Ea este requiemul celor lipsiți de orice speranță, dar și provocarea celor ce cred că „suferințele din vremea de acum nu sunt vrednice să fie puse alături cu slava viitoare” (Rom. 8,18).

11.2. TRANSPLANTUL DE ORGANE: ACCEPTARE FĂRĂ REZERVE SAU REFUZ TOTAL?

Modul în care știința medicală a evoluat în ultimele decenii a făcut ca limita dintre ceea ce se înțelege în mod obișnuit ca fiind viață și moarte să capete contururi și semnificații mai diferite, discuțiile pe această temă fiind necesare nu numai în mediul medical, ci și în cel social, filozofic și mai ales religios.

În paralel cu cunoștințele căpătate despre ceea ce înseamnă moartea biologică a omului, s-au făcut progrese spectaculoase și în ceea ce privește transplantul de organe, astfel încât astăzi s-a depășit de mult stadiul de experiment pentru o serie de transplanturi (rinichi, inimă, ficat, pancreas), acestea devenind în mod real metode terapeutice (nu exhibiții științifice), care salvează vieți, altfel sortite decesului prin caracterul incurabil al bolii.

Realizarea acestor performanțe medicale depinde de mai mulți factori. Bolnavi care să aibă nevoie de un organ pentru a le fi transplantat sunt atât de mulți, încât, din păcate, o mare parte dintre ei nu mai ajung să li se facă transplantul. Donatorii de organe sunt însă mult mai puțini, ei fiind de fapt acei pacienți care ajung la spital în urma unor traumatisme cranio-cerebrale grave sau a unor accidente vasculare cerebrale, care au produs leziuni ale creierului ireversibile și incompatibile cu ceea ce înțelegem cu toții ca fiind

viața. Acești bolnavi sunt într-o stare de comă profundă, respirația lor este asigurată prin aparate speciale, care înlocuiesc funcția plămânilor, activitatea inimii este susținută prin perfuzii cu substanțe specifice, iar funcția renală, când aceasta este alterată, este asigurată de un rinichi artificial. Întreruperea oricărei forme de suport dintre cele amintite mai sus duce la moartea biologică a persoanei respective, ea nefiind în stare să-și asigure prin forțele proprii acele funcții pe care omul sănătos poate să le execute cu ușurință. Această incapacitate este dată de faptul că centrul nervos care comandă execuția acestor funcții (respirație, activitate cardiacă, activitate renală etc.) sunt distruși ireversibil. Prin urmare, un asemenea bolnav este catalogat ca fiind un bolnav cu moarte cerebrală.

Modul de stabilire a morții cerebrale este bine definit medical și juridic. Din punct de vedere medical, moartea cerebrală este constatată de o echipă de doi medici specialiști (anestezist-reanimator și neurolog sau neurochirurg), după niște examinări clinice și electroencefalografice specifice, repetate la un interval de șase ore. Din punct de vedere legal, există o legislație în vigoare din acest an și în România, care descrie amănunțit condițiile de declarare a morții cerebrale, moment de la care se consideră că eforturile medicale, oricât de eroice ar fi, sunt fără nici o șansă de recuperare medicală. Aceeași lege, pentru a preveni abuzurile, interzice comercializarea organelor recoltate de la persoane cu moarte cerebrală.

Problema fundamentală care se pune astăzi, îndeosebi în societatea românească în care transplantul de organe începe să se realizeze, este percepția pe care oamenii o au în ceea ce privește acest subiect.

Pentru un bolnav care așteaptă un organ pentru a i se transplanta, ca șansă unică de supraviețuire, acceptarea organului, de cele mai multe ori, nu îi creează nici o problemă de ordin etic, moral sau religios. De altfel, legea interzice divulgarea oricăror informații

care ar permite primitorului identificarea celui care a donat un organ.

Problema mai delicată este legată însă de donatori. În cazul transplantului de rinichi, situația este mult mai simplă. Un donator viu (chiar o rudă) poate dona un rinichi, iar rinichiul rămas, dacă este sănătos, îi permite donatorului să trăiască, ulterior operației, în condiții perfect normale. În cazul donatorilor de ficat, inimă sau pancreas, potențialul donator este în imposibilitatea evidentă de a-și da acordul pentru donarea unui organ, în afară de situația în care și-a exprimat în scris, în timpul vieții, dorința de a dona organe. Acordul pentru donare, de cele mai multe ori, trebuie dat de rudele donatorului. În acest moment, decizia are încărcătură emoțională, dar și religioasă, de mare intensitate. Este de înțeles îndârjirea cu care se leagă de orice speranță de viață soția sau mama potențialului donator. Speranța într-o minune, dorința de „*a face totul*” pentru a încerca salvarea, disponibilitatea de a face orice sacrificiu ca o consecință a disperării sunt tot atâtea cauze care fac extrem de dificil acordul pentru a dona organe. Speranța are însă puține lucruri în comun cu rațiunea, în asemenea situații. Mass-media a familiarizat populația cu aparaturile medicale performante, pe care uneori le-a transformat în fetișuri.

Este rămas clasic cazul unei fete de patru ani din SUA, căreia i s-a pus diagnosticul de moarte cerebrală, apărută în urma unei meningoencefalite complicate. În urma unei intense campanii de presă și a unei decizii a unui tribunal local, spitalul a fost obligat să continue „*susținerea vieții*”. Fetița a murit după câteva luni prin insuficiență renală, dar cazul a determinat autoritățile medicale americane să decidă că stabilirea morții cerebrale este o problemă tehnică, de competență exclusiv medicală, și nu a familiei. Bolnavul cu moarte cerebrală este un cadavru. Familia poate accepta sau nu recoltarea de organe de la acesta pentru transplant. Dacă acceptă, se continuă procedurile tehnice necesare. Dacă nu acceptă, decuplarea aparatului de respirație este legal admisă.

Dincolo de considerentele emoționale care contribuie la luarea unei decizii, uneori sunt mai importante considerentele religioase. Până de curând, în România, bisericile au evitat să ia o poziție legată de acest subiect, poziție așteptată de lumea medicală. Am accepta sau nu, într-o situație critică, prelevarea unor organe de la o persoană apropiată?

Donarea unui organ este un act de dragoste cu totul specială. Este un act de jertfire făcut nu în favoarea celui apropiat de sufletul tău, ci în favoarea celui care are nevoie de tine și pe care tu nu îl cunoști. Biblia spune că „trupul este supus putrezirii”. Din aceste motive, un corp care a murit și căruia îi lipsesc unul sau mai multe organe nu va fi înviat oare într-un corp perfect la revenirea lui Hristos? Ar trebui oare ca din acest motiv să refuzăm, în timpul vieții, scoaterea apendicelui sau a stomacului sau chiar a unui plămân sau rinichi, dacă aceste organe sunt bolnave?

O întrebare pe care o pun unii este legată de posibilitatea influențării comportamentului celui care primește un organ de către cel care l-a donat. Răspunsul este categoric negativ. Acceptarea noului organ este pur organică. Zestrea genetică a primitorului rămâne aceeași și temperamentul rămâne neschimbat. Dacă nu ar fi așa, ar trebui să ne împotrivim și banalei transfuzii de sânge.

Cea mai frecventă problemă pe care și-o pune însă familia este cea legată de certitudinea morții, atâta timp cât toracele se mai ridică (deci suflă!) și sângele mai curge prin artere. Argumentele științifice pot fi ineficiente pentru oamenii aflați în suferință. De aceea, uneori se recomandă evitarea noțiunii de moarte cerebrală, care poate crea confuzii de percepție, și înlocuirea ei cu termenul, mai simplu și mai lipsit de interpretări, de moarte propriu-zisă.

Ar fi nu numai necreștinesc, ci și imoral să acceptăm transplantul de organe ca metodă terapeutică, în situația în care am fi beneficiarii direcți ai unui organ prelevat de la altcineva, dar să nu fim de acord, într-o anumită situație, cu donarea unui organ pe care l-ar putea folosi altcineva și care ar putea fi astfel salvat.

Dumnezeu respectă viața omului în cel mai înalt grad, așa cum îi respectă și capacitatea de decizie. În același timp, biserica nu poate decât să aibă aceeași orientare, nefiind chemată să impună nimănui o atitudine sau alta în acest domeniu. Oricine însă poate fi, mai devreme sau mai târziu, pe patul unui spital, într-o situație disperată.

Este adevărat că este mai ușor să primești decât să dai, dar este infinit mai frumos să dăruiești, pentru ca Dumnezeu împreună cu omul, ca unealtă prin care Acesta lucrează, să aducă vindecare și alinare.

11.3. HIPNOZA – O METODĂ TERAPEUTICĂ ACCEPTABILĂ?

Despre hipnoză s-au spus multe lucruri, unele rele, altele bune, dar niciodată subiectul nu a fost limpede pentru toți tocmai prin misterul pe care îl creează fenomenele neînțelese pe deplin sau greșit înțelese. Dacă hipnoza este sau nu o metodă terapeutică, dacă este bine sau nu să apelăm la ea, vom afla în articolul următor.

Ce este hipnoza?

Prin hipnoză se înțelege o stare particulară de somn, produsă artificial, cu ajutorul sugestiei, de către o altă persoană sau de către subiectul însuși. Această stare are trei stadii: starea de somn, în care bolnavul menține legătura cu medicul prin analizatorul auditiv; starea cataleptică, în care se pot imprima mușchilor diverse poziții și când pot apărea și halucinațiile; starea somnambulismului când sunt posibile anumite mișcări automate.

Termenul de hipnoză derivă din cuvântul grecesc *hypnos* (*hypnos* = somn). Acest termen a fost folosit în secolul XIX de un chirurg scoțian, care utiliza deseori tehnicile *mesmerismului* în intervențiile sale chirurgicale. La rândul său, mesmerismul a fost fundamentat de Franz Mesmer, un medic german a cărui teorie descria *magnetismul animal*. La vremea sa, spre sfârșitul secolului

XVIII, teoria a fost ironizată de medicina perioadei respective din cauza manierei în care Mesmer aborda pacienții. El îi introducea într-un butoi cu apă și îi înconjura cu magneți și sârme, care aveau menirea să evidențieze un așa-numit magnetism animal. De multe ori, acești pacienți ajungeau să aibă crize convulsive, motiv pentru care metoda a fost respinsă. De-a lungul timpului însă, după o istorie cu suișuri și coborâșuri, astăzi hipnoza tinde, în multe cercuri, inclusiv medicale, să-și revendice statutul de metodă terapeutică științifică și eficientă.

Este incontestabil faptul că hipnoza există și că ea poate produce modificări spectaculoase ale proceselor psihice și ale comportamentului. Astfel se pot obține iluzii, halucinații, accentuarea sau reducerea sensibilității, modificări ale atenției sau ale memoriei, acceptarea unor situații anormale ca fiind perfect logice, menținerea timp îndelungat a unor poziții incomode, precum și modificări ale comportamentului afectiv.

Hipnoza poate să vindece anumite boli?

Principalele boli despre care se afirmă că au fost vindecate sau semnificativ ameliorate prin tehnici de hipnoză sunt: durerile de diferite feluri (migrenele, durerile reumatice, durerile anginoase, durerile de stomac, durerile menstruale), insomniile, diversele fobii (teama de înălțime, de zbor cu avionul, de întuneric etc). Nu întâmplător însă aceleași categorii de boli se ameliorează utilizând o metodă de cercetare științifică, numită *placebo*. Acest cuvânt provine din limba latină și înseamnă *voi plăcea*. În evul mediu, el desemna un lingusitor, iar medicina modernă a preluat acest cuvânt pentru un medicament pe care un medic îl prescrie numai ca să-i facă pacientului plăcere, fără a conține însă o substanță activă. Statistic vorbind, o treime dintre pacienți reacționează foarte bine la tratamentul placebo, o treime satisfăcător, iar cealaltă treime nu reacționează deloc, proporțiile menționate fiind valabile și în cazul hipnozei. În fapt, credința în efectul medicamentului condiționează vindecarea, așa cum puterea cuvântului, sugestia joacă același rol în bolile psihosomatice.

În disperarea oamenilor de a obține vindecare cu orice preț, mai ales în urma invaziei actuale de metode terapeutice neconvenționale, apelarea la hipnoză poate deveni o alternativă. Înainte de a apela la o asemenea metodă, este bine ca pacientul să cunoască riscurile acesteia și să le cântărească în raport cu posibilele beneficii.

Este hipnoza o metodă terapeutică riscantă?

O problemă amplu dezbătută este riscul ca în starea de hipnoză, datorită modificărilor comportamentale și de voință instalate, persoana hipnotizată să poată comite, fără voia sa, acte împotriva legilor actuale sau împotriva unor norme etice sau morale unanim recunoscute. Sunt citate cazuri de hipnoză a unor specialiști sau militari de rang superior care au divulgat secrete, aflați fiind sub stare de hipnoză, agresiuni realizate la comanda hipnotizatorului, precum și sinucideri în masă, induse prin tehnici de hipnoză colectivă.

O altă problemă controversată este aceea dacă o persoană poate fi hipnotizată împotriva voinței sale. Răspunsul este afirmativ, întrucât dorința după hipnoză poate proveni atât de la nivelul conștientului, al voinței liber exprimate, dar și de la nivelul subconștientului, zonă de activitate a creierului care nu poate fi influențată de voința umană. Aceasta este de fapt principala zonă de risc a hipnozei: cineva, cu sau fără voia pacientului, ajunge să stăpânească peste voința sa, peste gândurile sale cele mai intime, peste acțiunile sale, peste tot ceea ce înseamnă personalitatea sa. Este o senzație cel puțin neconfortabilă!

Pe lângă pericolele descrise mai sus, există și o serie de reacții negative imediate, asociate procesului de hipnoză sau de trezire din hipnoză.

Mulți dintre pacienții care se trezesc din hipnoză prezintă tremurături, dureri de cap și uneori fenomene mai grave, mergând până la tulburări nevrotice. Alteori, revenirea din starea de hipnoză poate fi prelungită, dificilă sau extrem de neplăcută, mergând uneori

chiar până la reactivarea unor episoade de traumă psihică, petrecute cu multă vreme în urmă, uitate de multă vreme, dar reamintite prin hipnoză. Astfel pacientul, deși poate scăpa de un simptom neplăcut, îl poate înlocui pe acesta cu un altul mult mai neplăcut și peste care timpul adusese vindecare.

În sfârșit, aplicarea frecventă a metodei stabilește o relație de dependență a persoanei hipnotizate de hipnotizator, astfel încât tehnica devine un *drog* care trebuie *consumat* din ce în ce mai des.

Nu este greu de înțeles că o manipulare psihică poate transforma o metodă de tratament într-o capcană spirituală și mintală. Prin însăși natura raportului medic-pacient, se formează o relație de încredere și de supunere a pacientului față de medic. Dacă un creștin se supune pasiv unui tămăduitor care se bazează pe forțe spirituale sau pe alte influențe cărora le servește drept canal, atunci se poate ajunge foarte ușor la dezorientare spirituală.

11.4. UN RISC ASUMAT - ESTE SCUZABILĂ IGNORANȚA ÎN MEDICINĂ?

Medicina modernă se caracterizează nu numai prin faptul că a găsit soluții de prevenire sau tratare a unor boli care până nu de mult erau considerate netratabile, ci și prin faptul că își recunoaște neputința în fața altor boli. Cu toate acestea, eforturile medicale și financiare pentru a găsi soluții de vindecare sau măcar de prelungire a vieții sunt făcute de toată lumea medicală. În această categorie de boli se încadrează în primul rând cancerul, sub diversele sale forme și localizări. Statisticile arată că, dintr-un număr de aproximativ 5 milioane de bolnavi de cancer existenți în SUA, 3 milioane trăiesc peste 5 ani de la depistarea acestuia, ceea ce este un progres remarcabil față de situația de acum 20 de ani și un semn că eficiența eforturilor făcute, dacă sunt evaluate la nivel global, sunt remarcabile.

În situații asemănătoare de progres în ceea ce privește apariția unor metode terapeutice sunt multe alte boli care, deși nu sunt canceroase, prin evoluția lor cronică duc la același sfârșit trist. Hepatita cronică de origine virală, până în urmă cu cinci ani, avea o evoluție inexorabilă spre ciroză hepatică sau spre cancer hepatic. Astăzi, cu un tratament medicamentos corect făcut, la peste jumătate dintre bolnavi, această evoluție este oprită. În urmă cu câteva zeci de ani, epidemiile de poliomielită, febră tifoidă, malarie secerau mii de oameni. S-au descoperit însă vaccinurile care au eradicat aceste boli.

În fiecare perioadă a istoriei a existat însă și impostura sub o formă deliberată sau, de multe ori, inconștientă sau chiar bine intenționată, care a încercat să înlocuiască sau să minimalizeze eforturile medicale. Așa s-a ajuns la tratarea epilepsiei cu perfuzii cu sânge de miel, la tratarea bolilor hepatice cu urină proprie (practică întâlnită și astăzi și ridicată la rang de terapie), la evitarea tratamentului clasic în cancer (tratament chirurgical, acolo unde este cazul, urmat de chimioterapie, radioterapie etc.) și înlocuirea lui cu posturi, ceaiuri și sucuri. Din acest punct de vedere, există mai multe probleme la care trebuie reflectat.

Până în prezent, nu există studii științifice serioase care să demonstreze eficiența vindecătoare a acestor așa-numite terapii. Când se apreciază eficiența unui tratament, se iau în studiu, după metode științifice, statistice, loturi de bolnavi riguros selecționați și urmăriți, în diverse locuri de cercetare, de către diverși specialiști și ale căror rezultate sunt independente. Statistica este una dintre științele cele mai riguroase, pentru că are la bază date matematice, și nu senzații sau sentimente. Nu este însă statistică situația în care bolnavul X, care a făcut cura Y, s-a „vindecat” (!!?). Și atât! Este destul de greu de crezut că deprinderile de autodidact ale cuiva, bunele intenții pe care le are și chiar o ameliorare tranzitorie și izolată, obținută într-o anumită situație și pusă pe seama unei atitudini terapeutice așa-zise naturiste, pot da peste cap ceea ce

medicina, corect aplicată, este în stare să facă sau să evalueze în prezent.

Cine poartă responsabilitatea refuzului unui tratament care și-a dovedit o eficiență măcar parțială în favoarea unei terapii recomandate de vracii de ocazie? Bolnavul care, aflat într-o stare de disperare, este în stare să facă orice și este extrem de ușor influențabil? Familia bolnavului care, în credulitatea ei, are aceleași slăbiciuni? Vindecătorul al cărui zel propagandistic are mobilizări diverse?

Cu toate aceste considerații, eficiența tratamentului naturist, în sensul bun al cuvântului, în multe situații trebuie acceptată. Este recomandat să-ți tratezi guturaiul, colica renală sau tulburările digestive cu anumite diete și ceaiuri care sunt într-adevăr eficiente. Este însă extrem de grav să ratezi momentul în care o boală canceroasă, depistată în timp util, poate fi tratată cu succes, chiar vindecată, prin eliminarea tumorii sau remisia ei printr-un tratament care și-a dovedit eficiența, pierzând acel timp prețios, chiar vital, cu tot felul de imposturi și impostori. De fapt, după un tratament medical corect făcut, pentru a avea conștiința împăcată că s-a făcut totul, tratamentul naturist bine condus, care să nu ducă la spolierea organismului și la scăderea capacității sale de apărare imunitară, poate avea un efect benefic complementar sau cel puțin nu strică. Dar numai DUPĂ ce s-a făcut ceea ce este demonstrat că ajută.

Este adevărat că Dumnezeu poate face minuni vindecătoare. Însă aceasta este excepția, și nu regula, iar motivația o știe numai Dumnezeu. Tot o minune, dar mai puțin spectaculoasă, este și efectul terapeutic al unui medicament sau mâna dibace a unui chirurg. Și prin acestea Dumnezeu lucrează și o face astfel de cele mai multe ori.

În practica medicală întâlnim deseori cazuri depășite medical din cauza alegerii unui asemenea tratament, cazuri la care s-ar mai fi putut face ceva, dacă s-ar fi intervenit în timp util. De asemenea, frecvent sunt întâlnite opțiuni naive, deși indicația chirurgicală este

clară, de a încerca mai întâi cu ceva „*naturist*”. Teama de medicină trebuie înlocuită cu explicarea posibilităților și limitelor pe care medicina le are. Astăzi, în societate, își fac din ce în ce mai mult loc orientări de o asemenea factură anti-medicală, de ignoranță periculoasă, care au foarte mare priză, îndeosebi la oamenii ușor influențabili, și care răpesc posibilitatea, mai mică sau mai mare, pe care o au unii bolnavi de a mai putea fi tratați corect. În ultimă instanță, fiecare are dreptul să aleagă, însă o alegere corectă se face în cunoștință de cauză.

11.5. REMEDIILE UNIVERSALE - ÎNTRE MIRACOL ȘI DEZAMĂGIRE

Există unele substanțe sau medicamente care, o dată apărute pe piață, beneficiind de o reclamă specifică, bazată îndeosebi pe mărturii personale, creează impresia că sunt substanțe miraculoase, care vindecă totul, de la cancer până la băătăuri, de la ulcer până la sterilitate. Ne amintim cu toții de furorile făcute, la vremea respectivă, de celebrul bitter suedez, de tot felul de ceaiuri, dar și de substanțe mai respectabile, cum ar fi vitaminele C și E sau, mai nou, un tip mai special de vaccin numit Cantastim. Timpul și cercetările științifice au făcut însă ca aceste substanțe „*miraculoase*” să fie poziționate acolo unde le este cu adevărat locul, adică în afara sau la granița medicinei științifice sau să li se confere proprietăți limitate, utile doar în anumite situații bine definite.

Principiul de bază în evaluarea produselor de acest fel apărute pe piață este acela că orice medicament sau tratament, cu cât este declarat aplicabil la o mai mare diversitate de boli, cu atât credibilitatea în eficiența lui este mai mică.

Cu mai mulți ani în urmă, a fost la modă afirmația conform căreia dozele foarte mari de vitamina C previn cancerul și bolile cardiace, încetinesc procesul de îmbătrânire, mărind astfel speranța

de viață. Această afirmație a fost susținută chiar de un laureat al premiului Nobel, chimistul Linus Pauling, care a și trăit 93 de ani. Iată însă că studiile actuale sugerează că, din contră, aceeași vitamină C *binefăcătoare* este responsabilă de creșterea incidenței bolilor cardiace și a cancerului. Din cauza faptului că americanii cheltuiesc anual doar pe tabletele de vitamina C suma de 724 milioane de dolari, un raport guvernamental recent concluzionează că aceste suplimente sunt de regulă inutile, luate fie în doze mari, fie în doze mici.

Există o categorie de substanțe numite antioxidanți, din care fac parte vitamina E, seleniul, vitamina C, care sunt extrem de importante pentru organismul uman, în vederea sintezei collagenului și a unor tipuri speciale de proteine. Acești antioxidanți acționează ca niște *polițiști*, reținând o serie de molecule mai agresive, numite radicali liberi, molecule care se formează în organism, în cadrul proceselor obișnuite de metabolism, și care pot distruge celulele normale. Una dintre teoriile apărute în sprijinul consumului masiv de antioxidanți susține că acești radicali liberi favorizează o serie de boli, cum ar fi cancerul, bolile cardiace, boala Alzheimer și, prin urmare, consumul de antioxidanți previne aceste boli.

Două studii recente dau peste cap însă această teorie. Unul dintre ele a fost făcut la una dintre cele mai prestigioase instituții de studiere a cancerului din SUA, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center din New York, și a fost publicat în urmă cu doi ani. Cercetătorii de acolo au transplatat celule canceroase umane la șoareci, au injectat șoarecii cu vitamina C și apoi au măsurat nivelul de vitamina C din celule. Surpriza a fost aceea că celulele canceroase au o mai mare capacitate de a absorbi vitamina C, nivelul găsit în aceste celule fiind mult mai ridicat. Această concluzie ridică suspiciunea că vitamina C protejează celulele canceroase de acțiunea distructivă, dar benefică pentru organismul în sine, a radioterapiei și a chimioterapiei specifice acestor boli, făcând aceste proceduri terapeutice mai puțin eficiente.

Un al doilea studiu, efectuat în California, a produs mare agitație la prezentarea lui în cadrul unei importante reuniuni de cardiologie. Studiind, timp de 18 luni, un număr de 573 de bărbați de vârstă adultă, care au luat zilnic o cantitate de 500 mg de vitamina C ca supliment, cercetătorii au constatat o îngustare mai rapidă a arterelor carotide, cele mai importante artere care duc sângele la creier.

Deși sunt încă doar niște studii izolate, care necesită mult timp pentru a fi confirmate pe deplin, se conturează tot mai mult ideea că, îndeosebi bolnavii canceroși, nu trebuie să ia doze mari de vitamine, așa cum există orientarea astăzi.

Dacă în cazul suplimentelor de substanțe din categoria vitaminelor, a antioxidantilor situația este totuși tolerabilă, întrucât cele mai multe dintre ele, dacă nu ajută, cel puțin nu produc foarte mult rău (sau acest rău este încă în curs de studiere, cum au arătat studiile de mai sus), situația este cu totul alta în cazul tratamentelor brutale, care impun pacientului consumul unor substanțe chimice toxice (chiar dacă provin din plante), în doze foarte mari. Am întâlnit în practica medicală situația în care bolnavilor li s-au administrat doze masive de cortizon sau amestecuri care conțineau asemenea substanță, în urma cărora s-a produs o suprimare temporară a unor simptome, interpretată drept vindecare, boala explodând însă ulterior cu o agresivitate mult crescută.

Fie că ne referim la vitamina C sau la alte substanțe cu efect declarat protectiv sau chiar curativ, studiile făcute au arătat clar că suplimentele din aceste substanțe nu au efectul protectiv scontat, chiar dacă majoritatea oamenilor gândesc altfel. Această concluzie rezultă în urma a mii de studii care au fost evaluate de Institute of Medicine, o organizație științifică independentă din SUA și agreeată de autoritățile guvernamentale.

Evident că rămâne opțiunea fiecăruia de a urma un tratament sau altul sau de a nu urma nici unul. Disperarea omului bolnav,

aflat mai ales într-o situație gravă, explică în mare măsură faptul că uneori acceptă orice ofertă de tratament. Feriți-vă însă de tot ceea ce pare spectaculos și din cale afară de eficient. Puneți-vă întrebarea dacă un anumit tratament a trecut proba timpului, pentru că doar aceasta îi conferă credibilitate.

Mesajul clar care rezultă din aceste studii este următorul: nici un aport de substanțe chimice, în orice combinație ar fi ele, nu poate suplini efectul benefic al aportului natural. Persoanele care au o dietă bogată în fructe și vegetale au o incidență mai redusă a cancerului, a bolilor de inimă și a altor boli cronice. Prin urmare, calea ideală de a avea un aport suficient de substanțe antioxidante, cu efect benefic asupra organismului, este aceea de a mânca de mai multe ori pe zi fructe și vegetale. Procedând astfel, pe lângă aportul de substanțe mai sus menționate, veți avea beneficul rezultat și din alți nutrienți pe care asemenea alimente le conțin.

11.6. CLONAREA - ÎNTRE ADEVĂR ȘI FICȚIUNE

La sfârșitul anului 2001, o nouă știre a creat valuri în mass-media internațională: un nou pas în clonarea celulelor umane. O echipă de cercetători din Massachussets, SUA, a anunțat clonarea cu succes a unui embrion uman. Mai mult decât oricând, știrea a produs vii dezbateri, cu argumente pro și contra, luări de poziții din partea multor organizații sau guverne. Congresul SUA a declarat clonarea umană în afara legii, iar președintele Bush a numit procedura ca fiind „o greșeală de ordin moral”. Ceea ce părea nu de mult doar o idee SF se pare că, de la o zi la alta, devine un fapt împlinit. Cu toate protestele existente, cercetătorii lucrează în laboratoarele lor pe această temă controversată. Avem noi oare ceva de câștigat sau de pierdut, dacă eforturile lor vor continua?

Înainte de a decide unde v-ați putea situa într-o asemenea dezbateri, este nevoie să înțelegeți unde se găsește știința astăzi și cum anume este definită corect o clonă, respectiv procesul de clonare.

Clonele sunt organisme sau celule identice din punct de vedere genetic. Un exemplu ușor de înțeles este nașterea unor gemeni. Primul organism obținut prin clonare a fost celebra oaie Dolly, creată în Scoția, în anul 1997.

Ce se întâmplă de fapt? Spermatozoidul se întâlnește cu ovulul, iar celula fertilizată (oul format) începe să se dividă. Rămânând în aceeași structură, dintr-o celulă apar două, din două apar patru, din patru apar opt, apoi șaisprezece și așa mai departe. Pe măsură ce cresc, aceste celule se specializează spre o anumită funcție particulară, se organizează în organe și sisteme și formează în final corpul copilului care se naște.

Câteodată însă, după prima diviziune, cele două celule se scindează într-un mod aparte, în două structuri diferite. Ele continuă apoi să se dezvolte într-un mod separat, cresc și duc într-un final la două organisme identice, cu aceeași zestre genetică: gemenii identici sau clonele. Acest fenomen, care nu este încă pe deplin explicat, nu este chiar atât de rar. Toți cunoaștem persoane gemene.

Termenul de clonare se referă la embrionul scindat în mod artificial în laborator și implantat apoi în organismul unei femele, pentru a crea gemeni identici. Acest procedeu a fost efectuat până acum doar pe animale, dar se consideră că, din punct de vedere tehnic, poate fi efectuat și pe om.

Când vorbim astăzi însă de clonare, ne referim nu atât la separarea embrionului, cât mai ales la așa-numitul *transfer nuclear*. Iar aici apare problema majoră de etică, atât de mult controversată: transferul informației genetice din nucleul celulei unui individ permite realizarea unei *copii* (multiplicări) a acelui individ. În acest proces de transfer se înlocuiește ADN-ul dintr-un ou nefertilizat cu ADN-ul din celula unui adult (de exemplu, dintr-o celulă a pielii). Această celulă cu ADN-ul înlocuit se va multiplica până va forma o replică identică cu cea a organismului donor. Procesul poate produce astfel un nou individ, identic cu primul.

Oaia Dolly, de care vorbeam mai sus, a fost clonată utilizând transferul nuclear cu ADN luat din ugerul unei oi. Ulterior, multe alte animale au fost clonate: de la șoareci până la maimuțe. Mergând mai departe, oamenii de știință au încercat posibilitatea de tratament prin manipularea codului genetic al celulei, înainte de a începe procesul clonării. Astfel, ei au creat clone de oaie cu gene umane, dar doar pe animale, nu și pe oameni.

Știrea venită de la laboratoarele din Massachussets a fost spectaculoasă, pentru că, de această dată, a fost folosit procesul de transfer nuclear pe celulele umane. De ce? Pentru a crea așa-numitele *celule stem* care, teoretic, pot fi utilizate pentru a repara sau înlocui celulele distruse ale donatorului bolnav, fără tratamentul de inhibiție imunitară, utilizat în cazul transplantului de organe, atât de costisitor și cu atâtea efecte adverse. După această înlocuire, celulele respective, atunci când sunt suficient de dezvoltate, vor redeveni proprietatea donorului. Acest procedeu se numește *clonare terapeutică*. Ideea vizionară este aceea de a crea celule personalizate pentru pacient, din tipul de care este nevoie – de exemplu, celule pancreatice pentru un bolnav de diabet –, care apoi să fie transferate acestuia printr-un embrion.

Trebuie însă de știut că primele unsprezece încercări ale acestor cercetători au fost fără succes. Următoarele opt încercări au avut un succes parțial, în sensul că în trei cazuri celulele s-au multiplicat o dată sau de două ori, apoi au murit. Nu s-a putut stabili cu claritate dacă ADN-ul transferat s-a regăsit sau nu în acele celule. Prin urmare, încă sunt multe lucruri de pus la punct. De fapt, și clonarea animală a necesitat sute de experimente, de încercări, până la reușita cu oița Dolly.

Unul dintre marii specialiști în domeniu, prof. Steven Stice, a spus: „Cu perseverență, clonarea umană s-ar putea realiza. Dar, din punct de vedere etic, există obstacole enorme. Dacă vor fi suficiente femei dispuse să-și doneze ovulele și destule fonduri pentru cercetare, sunt convins că această clonare umană se va

realiza. Noi însă recoltăm zilnic sute de ovule de la animalele de experiență, pentru a realiza testele. Nu ne putem aștepta să obținem același număr mare de ovule umane. Din punct de vedere tehnic, este foarte greu realizabil. Nu va fi deloc ușor.” Acest lucru este demonstrat de faptul că acel grup de cercetători nu a putut să obțină decât nouăsprezece ovule umane.

Problemele majore care rămân, dincolo de cea etică, sunt următoarele:

- procurarea ovulelor fără de care experimentele nu se pot realiza; s-a încercat și cumpărarea acestora de la femei, însă reținerea din partea acestora este încă mare;
- procedeul de recoltare este prea neplăcut pentru femeia donatoare, asemănându-se procedeului de transplant medular;
- costul producerii de linii celulare din ovulul recoltat este în prezent de câteva sute de mii de dolari pentru fiecare procedură. Această sumă ridicată face procedeul destul de greu accesibil pentru a fi imediat aplicabil.

Mulți experți susțin că această clonare terapeutică nu este, din punct de vedere medical, într-adevăr absolut necesară. Atunci, de ce se continuă? Din cauză bogăției mari de informații pe care această tehnică le poate oferi. Fiecare celulă din organism, cu excepția globulelor roșii, conține aceleași 30.000-40.000 de gene. Multe dintre ele sunt inactive, iar cele active determină dacă o celulă va deveni parte componentă a ficatului, a plămânilor, a inimii sau a altui organ. Aceasta este un fel de programare. Deși se susținea până de curând că această programare este specifică doar celulelor mature, clonarea demonstrează că nu este așa.

Pentru unii însă clonarea are și o altă perspectivă. Ea nu este numai o sursă de celule înlocuitoare, pentru a trata o boală, ci mai ales o speranță pentru a avea un urmaș biologic sau pentru a corecta o tragedie prin aducerea înapoi, sub o altă formă, a persoanei dragi, pierdute într-o anumită circumstanță tragică.

Este interesant de știut că doar 1-2% dintre clonele animale reușesc să se dezvolte și să fie născute. Iar acest număr nu poate fi extrapolat la oameni, știut fiind că vitele sau oile rămân mult mai ușor însărcinate decât femeile. Mai mult decât atât, multe animale clonate au murit în perioada sarcinii sau imediat după naștere.

Dar chiar dacă tehnologia va avansa astfel încât reproducerea umană prin clonare va deveni o alternativă viabilă, ea nu va putea produce duplicate perfecte. Chiar gemenii identici sunt două persoane diferite. Ei au amprente diferite, chiar dacă au același ADN. Astfel, chiar o ființă clonată va avea propria individualitate.

În concluzie, dacă veți dori vreodată să vă clonați, fiți conștienți că duplicatul dumneavoastră va fi inferior unui frate geamăn pe care l-ați putea avea. Mulți gemeni cresc în condiții de mediu similare, pe când clona ar urma să crească în condiții cu totul diferite, care îi vor influența dezvoltarea.

Oricâte progrese ar face știința, oricât de departe ar merge tehnologia, un lucru rămâne sigur: oamenii sunt unici și de neînlocuit.

11.7. DE CE SUNT OAMENII AȘA DE UȘOR DE PĂCĂLIT DE MEDICINA ALTERNATIVĂ

10 Motive pentru care aș putea apela la aceste metode

Suntem invadați de zeci de forme, care de care mai *eficiente*, de așa-numite metode terapeutice, în stare să vindece orice și oricând, dar nu pentru oricât. Economia de piață pătrunde peste tot și mai ales acolo unde oamenii sunt cel mai vulnerabili: sănătatea sau, mai bine spus, boala lor. Cum putem să ne apărăm de această invazie?

Medicina alternativă reprezintă totalitatea metodelor cu pretenții terapeutice, care încearcă să ofere o alternativă credibilă mijloacelor clasice de diagnostic și tratament, recunoscute de știința medicală actuală. Printre aceste metode se numără: tratamentele cu

bioenergie, irisdiagnoza, radiestezia, reflexoterapia, pendulul etc. Deși încearcă cu disperare să-și creeze o aură *științifică*, prin tot felul de explicații cu pretenții savante, în mod real, nici una dintre aceste metode nu a reușit să convingă mediile științifice medicale, nu pentru că acestea ar fi prea conservatoare, ci pentru că sunt suficient de prudente pentru a nu da un gir de credibilitate la ceea ce este doar speculație.

Pe de altă parte, mulți sunt tentați să apeleze la aceste metode. Înainte de a face acest lucru, vă invit să vedeți dacă sunteți mânați de vreunul dintre motivele de mai jos și să apreciați singuri dacă motivul respectiv stă în picioare.

Prin urmare, ce motive aș putea avea să apelez la medicina alternativă?

1. Neîncrederea în mijloacele terapeutice clasice

Medicina clasică actuală are anumite posibilități, dar și multe limite care sunt acut resimțite de omul suferind. Reticența față de aceste metode apare atunci când sunt scoase în față doar eșecurile, uitând situațiile, nu puține, în care bolnavii sunt vindecați. Pe de altă parte, stă în evoluția biologică a unei persoane ca, după un timp, unele dintre organele acesteia să devină suferinde. Oricâte critici s-ar putea aduce însă medicinei clasice, până acum este singura care a demonstrat indubitabil că, puțin sau mult, totuși poate face ceva.

2. Ineficiența tratamentelor în anumite boli considerate incurabile

O bună parte dintre boli sunt incurabile astăzi, însă multe dintre bolile astăzi vindecabile, în urmă cu câteva zeci de ani, erau considerate incurabile. Chiar și cancerul, surprins într-un stadiu incipient de dezvoltare, este astăzi vindecabil. Este adevărat că, pentru cineva care este bolnav acum, este prea puțin important că boala sa va putea fi vindecată peste 30 de ani, când el nu va mai exista. Cu toate acestea, nici o metodă alternativă de tratament nu

și-a dovedit eficiența superioară, iar unul dintre principiile de bază ale medicinei este că, dacă nu poți face bine, să te ferești să faci rău. Chiar și bolile incurabile pot evolua mai repede sau mai încet spre deznodământul tragic.

3. Curiozitatea de a vedea cum este și altfel

Fie că recunosc sau nu, există în oameni o anumită curiozitate, stimulată de ceea ce este neobișnuit, nemaivăzut și, cu atât mai bine, dacă este la îndemână. Orice experiență nouă poate fi un câștig, măcar și numai din punctul de vedere al informațiilor căpătate. Stă în firea noastră de a vedea cum este *dincolo*, fără să ne întrebăm dacă vom reuși cu siguranță să regăsim calea de întoarcere. Este dificil să te joci cu focul fără să te arzi!

4. Faptul că într-o anumită perioadă de timp aceste metode sunt în vogă

Moda își spune cuvântul în toate domeniile vieții noastre, mersul la asemenea *terapeuți* putând fi unul dintre criteriile de evaluare a vieții sociale pe care o desfășurăm. Nu contează cât costă, nu contează dacă ajută, contează doar că acolo merg și alții. Imitarea stă la baza celor mai multe dintre acțiunile noastre.

5. Mărturia altor persoane care au fost vindecate

Argumentul acesta trebuie apreciat prin prisma durabilității unor asemenea vindecări. Este cunoscută și acceptată capacitatea unor persoane de a putea influența personalitatea cuiva printr-o formă mai directă sau mai voalată de manipulare. Există o categorie de persoane ușor influențabile, cu reacții afective exagerate, pe care, printr-o tehnică abilă, le poți convinge că ceva este alb sau măcar cenușiu, deși în realitate este negru. Însă nu se pot nega și anumite ameliorări reale, fapt explicabil prin concepția științifică, de multă vreme fundamentată, că multe boli au un caracter psihosomatic. Altfel spus, suferința unui organ poate fi determinată sau măcar influențată de anumite stări sau reacții psihice. Marea majoritate a

organelor din corp au o inervație proprie, care le comandă activitatea. În sfârșit, nu rare sunt cazurile în care cineva urmează un tratament clasic, asociat unui tratament neconvențional, și într-un mod subiectiv pune ameliorarea obținută doar pe seama acestuia din urmă. Proba timpului dă însă răspunsul final asupra durabilității unor asemenea vindecări!

6. Reclama directă sau mascată care este făcută unor asemenea metode

Mass-media are o mare putere de a influența populația. Ea are puterea de a crea vedete de hârtie sau de a le distruge printr-o simplă prezentare a acestora. Depinde însă de ceea ce se urmărește. Goana după senzational se poate vedea după titlurile de pe prima pagină a majorității ziarelor. Foamea după evenimente creează evenimente, iar toți vindecătorii au nevoie de reclamă pentru a ieși din anonimat. Lipsa de discernământ sau numai pragmatismul imoral ridică la rang de știință șarlatania și impostura.

7. Îmbrăcarea acestor metode într-o haină pseudoreligioasă

Marii vindecători își creează uneori o aură mesianică, atribuind lui Dumnezeu în mod ipocrit așa-numita lor putere. Cei care îi ascultă și care sunt tentați să-i creadă ar fi bine să-și amintească ce anume a pretins sau a primit Isus Hristos pentru fiecare dintre multele vindecări pe care le-a făcut cât timp a fost printre oameni. *Binele* făcut pe bani devine o afacere, deseori extrem de rentabilă.

8. Faptul că pot părea mai ieftine decât tratamentele obișnuite

Se spune că sănătatea nu are preț, deși are un buget. De aceea, este firesc ca un tratament care a înglobat în el ani de cercetări să fie costisitor pentru bolnav și pentru sistemul medical care îl susține. Deși există anumite excepții, de cele mai multe ori, calitatea este asociată cu prețul mai ridicat. Pe de altă parte însă, taxa plătită

pentru ignoranță, pentru naivitate sau chiar pentru prostie, sub formele mai blânde de manifestare, este incomparabil mai mare decât costul oricărui alt tratament, pentru că nu se măsoară în dolari, ci în ani de viață. Pentru cineva bolnav contează și un an de viață trăit în plus, an acordat de un tratament corect și la timp făcut.

9. Oricum, nu am nimic de pierdut!

Este adevărat doar pe jumătate! Poți pierde bani, poți pierde timp prețios, iar în schimb poți câștiga un gând obsesiv, care poate deveni extrem de inconfortabil: Oare am făcut o alegere bună? Cum ar fi fost dacă aș fi făcut altfel? Lipsa elementului de comparație lasă aceste întrebări fără răspuns.

10. Consecințele neplăcute ale tratamentelor chirurgicale mai agresive

O operație mutilantă, care extirpă un sân în caz de cancer mamar sau creează anumite invalidități sau cel puțin o stare de disconfort, poate cântări mult pe o balanță care simplifică situația la maximum. Depinde însă de capacitatea intelectuală și afectivă a celui în cauză de a accepta un rău mic în fața unui rău mai mare, cel mai mare. Stă în simțul de conservare al fiecăruia de a încerca evitarea morții, chiar plătind un anume preț, pentru că o viață valorează infinit mai mult decât moartea.

RELAȚIA CU LUMEA MEDICALĂ

12.1. CUM SĂ COMUNIC CU MEDICUL DE FAMILIE?

O dată cu reforma sistemului medical din România, au apărut așa-numiții medici de familie. Fiecare persoană s-a înscris la un asemenea medic și de serviciile acestuia trebuie să beneficiem nu numai când suntem bolnavi, ci și atunci când suntem încă sănătoși. Relația care trebuie să se stabilească între pacient, pe de o parte, și medicul de familie, pe de altă parte, nu este pur formală, ci trebuie să se transforme într-un parteneriat în care medicul de familie să devină într-adevăr o parte a familiei. Din acest motiv, pentru a se crea o asemenea relație, este nevoie de timp și de eforturi de ambele părți. În trecut, medicul făcea recomandările, iar pacientul le urma.

Astăzi însă, în această relație, medicul și pacientul lucrează împreună pentru a rezolva problemele medicale apărute și pentru a menține o stare de sănătate cât mai bună. Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să întrebe medicul când explicațiile sau instrucțiunile acestuia sunt neclare, trebuie să-i prezinte problemele care nu au fost sesizate de către acesta, trebuie să reacționeze când tratamentul nu este eficient. Acest rol activ se poate realiza însă doar printr-o bună comunicare dintre medic și pacient. O ameliorare a acestei comunicări se poate obține ținând cont de mai mulți factori:

Cum să-ți alegi medicul de familie?

Decizia nu este întotdeauna ușoară și nu trebuie luată la întâmplare. Pentru a lua o asemenea decizie, urmăriți următoarele criterii:

- Cât de accesibilă este amplasarea cabinetului în raport cu zona în care locuiesc?
- Este importantă pentru mine vârsta medicului, sexul, religia acestuia?
- Prefer un medic care lucrează individual sau un altul care lucrează în asociere cu alți medici?
- Medicul ales este specialist în medicină de familie, are experiență în acest tip de medicină?
- În ce zile și între ce ore are program de consultații? Îmi este accesibil acest program?
- Cât de frecvent face vizitele medicale periodice la domiciliu?
- Cât de mult trebuie să aștept pentru o consultație programată?
- Poate fi solicitat la orice oră, în cazul unei urgențe?
- Îl înlocuiește cineva atunci când este plecat din localitate sau când nu este disponibil?

Conform legislației actuale, un pacient își poate alege medicul de familie, iar prin instalarea unui sistem concurențial de activitate, un medic va căuta să asigure servicii complete pacienților săi, pentru a avea cât mai mulți pacienți și astfel să câștige cât mai bine. Iată de ce îndeplinirea unor criterii ca acelea de mai sus devine acum firească, pentru că ele reazăază situația normală, și anume că medicul este la dispoziția bolnavului, și nu invers. Pacientul își plătește asigurarea de sănătate, iar medicul prestează serviciile pentru care este plătit. O atitudine nepotrivită din partea acestuia este ușor sancționabilă prin dreptul pe care îl are orice pacient de a se muta la un alt medic despre care crede că îl va îngriji mai bine.

Cum să mă pregătesc pentru prima consultație la medicul de familie?

Prima consultație la medicul de familie nu este motivată neapărat de nevoia unei examinări medicale, ci de necesitatea cunoașterii reciproce.

- Faceți-vă de acasă o listă cu ceea ce doriți să-i spuneți despre dumneavoastră și cu întrebările pe care doriți să i le puneți. Altfel, cu siguranță veți uita lucruri importante.
- Nu uitați să vă luați ochelarii, în caz că purtați așa ceva, un carnețel și un pix. Nu ar fi rău să vă însoțească un membru din familie sau cineva apropiat, în caz că sunteți mai în vârstă sau deja suferind (vă poate ajuta să spuneți tot ce trebuie și să nu uitați ceva din ceea ce vi se va spune).
- Luați-vă toate documentele medicale pe care le aveți (bilete de externare, rețete, buletine de analize, rezultatele unor explorări și mai ales carnetul de sănătate și carnetul de asigurat).

Ce și cum trebuie să comunic medicului de familie cu ocazia consultației?

- Fiți onest! Există tentația de a spune ceea ce credeți că medicul ar dori să audă. Nu este în interesul dumneavoastră, iar tratamentul prescris trebuie să țină cont de realitate.
- Vorbiți la subiect și cât mai sistematizat. De cele mai multe ori, după dumneavoastră urmează un alt pacient care abia așteaptă să intre. Dați medicului o scurtă descriere a simptomelor pe care le aveți, când au început să apară acestea, cu ce frecvență și dacă în prezent vă simțiți mai bine sau mai rău.
- Puneți întrebări! De fapt, prin aceasta se atinge scopul vizitei. Dacă nu întrebați nimic, medicul va crede că ați înțeles totul. Cereți explicații pentru cuvintele pe care nu le înțelegeți și clarificări pentru anumite instrucțiuni primite (de exemplu: medicamentele să fie luate înainte sau după masă?). Puteți repeta

ceea ce ați înțeles, pentru ca medicul să vă confirme că ați înțeles bine.

- Spuneți-vă punctul de vedere! Poate că există recomandări pe care nu le acceptați, iar medicul nu are de unde să știe acest lucru. Uneori se pot găsi alternative reciproc convenabile.
- Notați-vă cât mai curând recomandările pe care le-ați primit, altfel există riscul să uitați unele dintre ele. Interesați-vă dacă puteți obține de undeva informații suplimentare (broșuri, cărți accesibile) legate de boala pe care o aveți.
- Acceptați că nici chiar medicii nu au răspunsuri la toate întrebările. Organismul uman are încă multe necunoscute. Dacă însă un medic minimizează permanent simptomele pe care le aveți sau le pune numai pe seama vârstei, fără să vă dea soluții, gândiți-vă și la varianta de a vă găsi alt medic.
- Încercați să rețineți sau să vă notați medicamentele pe care le luați în mod curent și dacă apar manifestări deosebite când luați un nou medicament.
- Descrieți medicului obiceiurile pe care le aveți: unde locuiți, ce mâncați, cum dormiți, cu ce vă ocupați și chiar viciile pe care le aveți. Medicul trebuie să vă înțeleagă exact așa cum sunteți.

Informarea completă este un beneficiu al ambelor părți, atât prin creșterea eficienței medicului, cât și prin stabilirea unei încrederi reciproce.

12.2. INTERNAREA ÎN SPITAL - O AVENTURĂ?

Fiecare dintre noi poate fi pus în situația de a fi nevoit să se interneze într-un spital, pentru o perioadă mai scurtă sau mai lungă de timp. Nu toți cunosc însă anumite reguli care nu sunt scrise nicăieri, dar pe care, dacă le respectați, puteți trece mai cu ușurință peste acest eveniment, evitând transformarea internării într-o aventură neplăcută.

Ideea de internare într-un spital este un element de stres pentru oricine din mai multe motive:

- Internarea într-un spital este, de cele mai multe ori, o confirmare că boala de care cineva suferă nu poate fi tratată la domiciliu, fiind fie mai gravă, fie mai complexă. Chiar și internarea pentru stabilirea unui diagnostic creează, prin îngrijorările asociate întrebărilor la care se caută un răspuns, o stare de preocupare care se adaugă simptomelor bolii propriu-zise.
- Mutarea, chiar și temporară, dintr-un mediu familiar, în care își găsesc locul obiceiurile zilnice, persoanele dragi sau măcar cunoscute, într-un mediu străin, nu întotdeauna prietenos, în care funcționează reguli și în care intimitatea este deseori agresată, face ca acela care urmează să se interneze să se desprindă greu de locul de unde pleacă și să se adapteze greu locului în care intră.
- Necesitatea de a intra în contact direct și dintr-o dată cu persoane până de curând necunoscute (colegi de salon, personal medical) poate crea o stare de inhibiție mai ales persoanelor care nu au ușurința altora de a fi sociabili, de a se deschide celor din jur, de a comunica, de a se împrieteni.

Această stare de stres poate fi diminuată de cunoașterea unor reguli sau a unor necesități cerute de un asemenea eveniment.

- Cu excepția cazurilor de urgență, internarea într-o clinică se face pe baza unui bilet de trimitere către clinica respectivă, eliberat de medicul dumneavoastră de familie. Nu uitați să-l cereți, pentru că, neavându-l, puteți fi puși în situația perfect legală de a vi se refuza internarea. Alături de acest bilet trebuie să aveți cu dumneavoastră un document (adeverință, talon de pensie) care să dovedească faptul că sunteți plătitor al asigurărilor de sănătate. În caz contrar, vi se va cere plata serviciilor medicale efectuate, și această sumă nu este deloc neglijabilă. De asemenea, luați-vă cu dumneavoastră carnetul

de sănătate și toate documentele medicale pe care le aveți (buletine de analiză, bilete de externare etc.).

- În general, spitalele românești nu au ajuns în situația de a oferi, într-un mod care să satisfacă pretențiile unui om civilizat, așa-numitele haine de spital. Ele cuprind pijama sau cămașa de noapte, halatul de zi și papucii de interior. De aceea, este recomandabil să veniți de acasă cu propriile haine. Ele vi se vor potrivi și ca mărime, vor fi cu siguranță curate și, mai ales, vor fi ale dumneavoastră. Nu uitați ca în bagajul pentru spital să vă puneți un set complet de tacâmuri, o cană pentru ceai, precum și obiectele de toaletă personală.
- La intrarea în salon, după ce vi s-a repartizat patul, asigurați-vă că lenjeria acestuia este schimbată. Dacă nu, cereți acest lucru, pentru că este dreptul dumneavoastră. După ce v-ați instalat în pat și v-ați identificat noptiera, informați-vă despre regulamentul secției în care sunteți internat. Aceste informații le puteți citi, fiind de obicei afișate, dar le puteți afla și de la pacienții mai vechi. Este un prilej bun de a intra în vorbă și de a vă cunoaște noii colegi de salon. Pentru ceea ce v-a rămas neclar, puteți apela la asistenta de salon. Ea este persoana de legătură între dumneavoastră și medic și vă poate ajuta cel mai mult prin modul în care execută indicațiile medicului. Este în interesul dumneavoastră să stabiliți cu ea cât mai curând o relație favorabilă. Nu uitați însă că, pe lângă dumneavoastră, ea mai are 10-15 bolnavi pe care trebuie să-i îngrijească.
- Interesați-vă cine este medicul de salon, cel care se ocupă de dumneavoastră, și intrați cât mai curând în legătură cu el. Există informații pe care le puteți spune cu ocazia vizitei în salon, chiar dacă sunteți înconjurat de o suită formată din mai multe persoane (medici, asistente, studenți), dar poate că există și lucruri pe care ați dori să le discutați în particular. Aflați unde are cabinetul, când da consultații sau când are prima gardă și rugați-l să vă primească. Cu siguranță că va fi de acord! Nu

uitați că, deși în jurul dumneavoastră se pot perinda mai mulți medici (stagiați, rezidenți, studenți), doar unul dintre ei poartă răspunderea deplină a dumneavoastră, iar ceilalți sunt fie consultanți, fie în perioada de instruire.

- Permiteți medicilor sau studenților aflați în perioada de pregătire să vă examineze, să vă pună întrebări și dați-le răspunsuri clare și scurte. Internarea într-o clinică universitară are acest dezavantaj pe care toți pacienții și-l asumă, iar unora chiar le place. Nu uitați că și medicii cu experiență, care astăzi vă tratează, au fost cândva și ei în stadiul de învățacei.
- Părăsiți salonul numai dacă este absolut necesar și atunci când programul vă permite acest lucru. De regulă, dimineața, până spre ora prânzului, bolnavii trebuie să stea în salon pentru vizita medicului sau sunt trimiși pentru diverse analize sau investigații. Dacă este nevoie de dumneavoastră, trebuie să puteți fi găsit, iar locul unde sunteți căutat prima dată este salonul. Când plecați din salon, spuneți colegilor unde ați plecat și pentru cât timp. Este interzisă părăsirea spitalului pe perioada internării, fără bilet de voie.
- Bolnavii nu vin la spital pentru a mânca mai mult decât acasă. Saloanele sunt pentru odihnă, iar sălile de mese sunt pentru servirea mesei. Nu uitați că acasă nu mâncați în dormitor. De ce ați face-o la spital?
- Dacă sunteți supus unui regim alimentar sau chiar vi se solicită să nu mâncați o perioadă de timp, respectați aceste instrucțiuni. Nu vă transformați noptiera într-un depozit de alimente, chiar dacă rudele și prietenii sunt atât de grijulii cu dumneavoastră, și nici într-o florărie în miniatură. Un gest elegant este să oferiți florile primite asistentei de salon. Veți avea numai de câștigat din acest gest.
- Urmați tratamentul prescris cu rigurozitate. Luați toate medicamentele la orele stabilite și urmăriți cum vă simțiți după

ele. Orice reacție care apare comunicați-o prompt personalului medical care vă îngrijește.

- Căutați-vă un mod plăcut de a vă umple timpul liber. Puteți să vă luați cu dumneavoastră cărți, reviste, dar nu uitați că nu aveți dreptul să vă obligați colegii de salon să vă asculte postul de radio sau de televiziune preferat. Închideți telefonul mobil în timpul vizitelor și al perioadelor de odihnă.
- La externare fiți sigur că ați înțeles toate recomandările care vi s-au făcut și că v-ați luat toate documentele specifice: biletul de externare, rețeta și eventual concediul medical. Interesați-vă unde veniți la control și unde vă puteți prelungi, la nevoie, concediul medical.

Să aveți însănătoșire grabnică!

GHID DE INTERPRETARE A UNOR ANALIZE DE SÂNGE

13.1. DETERMINĂRI HEMATOLOGICE

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Leucocite	4.500-10.000/mm ³		
Formula leucocitară			
Neutrofile nesegmentate	3-5%	Infecții, tumori, intoxicații, leucemii	Infecții virale și bacteriene, parazitoze, colagenoze, intoxicații
Neutrofile segmentate	54-62%		
Eozinofile	1-3%	Stări alergice, parazitoze, b. Hodgkin, pneumopatii, după radiații	Debutul bolilor infecțioase, intoxicații, postcorticoterapie
Bazofile	0-0,75%	Carența de proteine, unele forme de leucemie și de tumori, malarie	
Limfocite	25-33%	TBC la debut, scarlatină, tuse convulsivă, leucemie limfatică cronică	Infecții grave, boala Hodgkin, după corticoterapie

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Monocite	3-7%		Mononucleoza infecțioasă, endo- cardită, bruceloză, leucemii, paludism
Eritrocite Bărbați Femei Copii	4,6-6,2 mil/mm ³ 4,2-5,2mil/mm ³ 4,5-5,1mil/mm ³	Poliglobulii	Anemii
Reticulocite	0,2-2%	Anemii hemolitice, posthemoragice, faza de regenerare a unei anemii	Anemii aplastice
Trombocite	150-350 mii/mm ³		Coagulare intravas- culară diseminată, (C.I.D.) purpura trombocitopenică
Fibrinogen	250-450 mg%	Reumatism arti- cular acut, pneumonii	Insuficiență hepa- tică gravă, leucemii, cancer de prostată, de pancreas
VSH Bărbați Femei	3-10 mm/1 oră 5-18 mm/2 ore 6-12 mm/1 oră 6-20 mm/2 ore	Infecții, disglobu- linemii, cancer evo- lutiv, TBC, infarct, septicemie, leptospi- roză, lupus, sarcină, menstruație	Hepatita epidemi- că, policitemie, stări alergice, talasemie, insuficiență cardiacă
Hematocrit Bărbați Femei Nou-născuți Copii	42-52% 37-48% 49-54% 35-49%	Hemoconcentrații	Hemodiluții, anumite forme de anemii
Hemoglobina Bărbați Femei Nou-născuți Copii	13-18 g/dl 12-16 g/dl 16,5-19,5 g/dl 11,2-16,5 g/dl		Anemii

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Timp de coagulare	5-15 min.	Hemofilie, hipofibrinogenemie, C.I.D.	
Timp de protrombină	12-14 sec.	Medicație anticoagulantă, deficiențe de sinteză sau de funcționare a factorilor coagulării	Aport, absorbție sau utilizare crescută de vitamina K, icter mecanic, afectare hepatică
Timp Howell	50 sec.-1min. 20 sec.	Hemofilie, hipofibrinogenemie, C.I.D., tratamentul cu anticoagulante	
Fier	50-150 µg/dl	Anemii posthemoragice, feriprive, avitaminoze, tumori maligne, tulburări de absorbție	Anemia Biermer, anemii și ictere hemolitice, hepatite, hemosideroză

13.2. DETERMINĂRI BIOCHIMICE DIN SÂNGE

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Alanin aminotransferaza (ALAT) SGPT	5-35 U/l	Hepatite virale, infarct miocardic, ciroze, infarcte pulmonare și renale, necroze musculare, litiază de coledoc, carcinom de pancreas	
Aspartat aminotransferaza (ASAT) SGOT	7-40 U/l	Infarct miocardic, hepatite virale, ciroze, infarcte pulmonare și renale, necroze musculare, litiază de coledoc, carcinom de pancreas	

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Albumina	3,5-5,5 g/dl		Hepatite acute și cronice, malnutriție, boli infecțioase, sindrom nefrotic, gastro-enteropatii, alcoolism, ciroză
Alfa- fetoproteina	sub 10 UI/ml	Cancer hepatic, tumori testiculare	
Amoniac	11-35 μmol/l	Acidoză metaboli- că, respiratorie	Alcaloză respira- torie, metabolică, acidoză renală
Amilaza serică	25-125 U/l	Pancreatită acută, oreion	Comă diabetică
Acid lactic	4,5-19,8 mg/dl	Glicogenoze, epilepsie, infarct, tumori, intoxicații medicamentoase	Insuficiență renală
Acid uric	2,3-8,5 mg/dl	Gută, nefrite, leucemii	
Acizi grași totali	190-420 mg/dl	Diabet zaharat, hiper- tiroidie, feocromoci- tom, obezitate, glico- genoze, alcoolism, stres, sarcină	
Acizi grași neesterificați	8-25 mg/dl		
Bicarbonat (HCO ₃)	22-26 mEq/l	Alcaloze din vărsăturile intense	Acidoze din diabet zaharat dezechili- brat, insuficiență re- nală uremică, diaree, fistule pancreatice
Bilirubina totală	0,3-1,1 mg/dl		
directă	0,1-0,4 mg/dl	Icter mecanic prin calculi sau tumori	
indirectă	0,2-0,7 mg/dl	Icter prin hemoliză: hepatite, ciroză	
Calciu	4,5-5,5 mEq/l (9-11 mg/dl)	Hipervitaminoză D, mielom multiplu, tu- mori sau infecții osoase	Hipoparatiroidie, ra- hitism grav, hipovi- taminoză D, tetanie

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Clor	96-106 mEq/l	Boli renale	Insolație, vărsături, diaree, insuficiență suprarenaliană cronică
Colesterol total	150-200 mg/dl	Diabet, obezitate, alcoolism, mixe-dem, sindroame nefrotice, ictere	Ciroze, boli infecțioase grave, pneumonie, endocardită malignă, hipertiroidie
esterificat	68-76% din total		
Colinesteraza	2,25-7,0 UI/l	Nefroză, cancer de pancreas, obezitate, diabet	Forme de leucemie, hepatite subacute, ciroză, metastaze hepatice, lipsa proteinelor din alimentație
Cupru	70-155 µg/ml	Degenerescenta hepato-lenticulară (boala Wilson), infecții acute sau cronice	
Creatinfosfo-kinaza (CPK)	30-170 U/l	Infarct miocardic, distrofii și traumatisme musculare, polimiozite, dermatomiozite, hemoragii cerebrale, intoxicații cu somnifere	
Creatinina	0,6-1,2 mg/dl	Boli renale, gută, boli hepatice, miozite	
Fosfataza acidă	0,11-0,60 U/l	Cancerul de prostată	
Fosfataza alcalină	20-90 U/l	Boala Paget, hiperparatiroidism, colestază, rahitism, osteomalacie, tumori osoase, tumori hepatice	

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Fosfolipide	6-12 mg/dl	Ciroză biliară, icter mecanic, sindrom nefrotic, diabet zaharat, hiperlipemie, hipercolesterolemie	
Fosfor anorganic	2,6-4,5 mg/dl	Acromegalie, gigantism, insuficiențe renale, hipervitaminoză D2, hipoparatiroidii	Hiperparatiroidii, tulburări de creștere
Gama-Glutamil-transpeptidaza (GGT)	1-60 U/l	Hepatite acute, hepatite toxice, tratament cu anti-depresive, tumori, ciroză biliară	
Glicemia	70-115 mg/dl	Diferite forme de diabet, infecții, intoxicații cu oxid de carbon, tumori, accidente vasculare cerebrale	Insuficiență cortico-suprarenaliană, tiroidiană, hipofizară, hepatică gravă, după doze mari de antidiabetice
HDL	30-80 mg/dl		Ateroscleroză, infarct miocardic
Lactat dehidrogenaza (LDH)	100-190 U/l	Hepatită cronică, ciroză, pancreatită, infarct pulmonar, unele anemii, tumori maligne	
Lipide totale	450-850 mg/dl	Sindrom nefrotic, ciroză hepatică, icter mecanic, diabet, pancreatită acută, mixedem, hipercorticism, arterită	

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
LDL	60-180 mg/dl	Ateroscleroză, infarct miocardic, inflamații	
Magneziu	1,5-2,5 mEq/ 11,8-3,0 mg/dl	Hipertiroidie, insuficiențe renale, ciroze	Rahitism, mixedem, nefroză, tetanie
Potasiu	3,5-5,0 mEq/l	Stări de șoc, arsuri, hemoragii, infarct, boli maligne, hemolize, nefrită	Diaree, vărsături, boală Cushing, tumori suprarenale, tratament cu cortizon
Proteine totale	6-8 g/dl	Hemoconcentrații, insuficiență de aport lichidian, diaree, vărsături, holeră, diabet dezechilibrat, mielom	Hemodiluții, denutriție, boli renale, ciroză, stări de șoc, hemoragii, intoxicații cronice
Albumina	3,5-5 g/dl 52-68%		Nefroză lipoidică, ciroze
Alfa 1 globulină	0,2-0,4 g/dl 2-5%	Infarct miocardic	
Alfa 2 globulină	0,5-0,9 g/dl 7-14%	Nefroză lipoidică, reumatism articular acut, TBC, hepatite infecțioase	
Beta globulină	0,6-1,1 g/dl 9-15%	Ciroze	
Gama globulină	0,7-1,7 g/dl 11-21%	Colagenoze, hepatite, ciroze, infecții, ictere	
Raport albumină/globulină	1,2-1,5		
Sodiu	136-145 mEq/l	Deshidratare, insuficiență cardiacă, hiperfuncție cortico-suprarenală	Vărsături, diaree, insuficiență cortico-suprarenală

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Trigliceride	40-150 mg/dl	Sarcină, hiperlipemie esențială, ateroscleroză, hipotiroidie, sindrom nefrotic	Infecții cronice, hipertiroidie, unele forme de cancer
Uree	21-43 mg/dl	Boli renale acute sau cronice, diabet, febră	Afecțiuni hepatice

13.3. DETERMINĂRI HORMONALE DIN SÂNGE

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Aldosteron ortostatism clinostatism	5-30 ng/dl 3-10 ng/dl	Sindrom Conn, insuficiență cardiacă, ciroză, tratament cu diuretice, laxative	Boala Addison, virilism
Calcitonina femeie bărbat	0-20 pg/ml 0-28 pg/ml	Cancer medular, feocromocitom, tumori carcinoide, bronșice	
Catecolamine adrenalina noradrenalina dopamina	0-140 pg/ml 70-1700 pg/ml 0-30 pg/ml	Feocromocitom, neuroblastom	
Corticotrofina (ACTH)	6-76 pg/ml	Boala Cushing, tumori bronșice, pancreatice, timice, hipercorticism, stres	Tumori corticosuprarenaliene, insuficiențe hipotalamo-hipofizare, corticoterapie
Cortizol ora 8 ora 16 ora 22	6-23 µg/dl 3-15 µg/dl 0-10 µg/dl	Boala Cushing, boli hepatice, stres	Boala Addison, insuficiență hipofizară

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
FSH (Hormonul foliculostimulant) bărbat femeie postmenopauză	4-25 UI/l 4-30 UI/l 40-250 UI/l	Menopauză, insuficiență ovariană primară	Insuficiență hipo- talamo-hipofizară, cicluri anovula- torii, administrare de estrogeni
GH (Hormonul de creștere)	0-10 ng/ml	Adenom hipofizar: acromegalie, gi- gantism	Insuficiență hipo- fizară: nanism
Gonadotrofine	sub 15-20 UI/l	Hiperfuncție hipo- fizară, tumori și le- ziuni ale sistemul- ui nervos central, insuficiență gonadi- că, tumori seminale	Pubertate întâr- ziată, infantilism hipofizar, ameno- ree, anorexie mintală
17-Hidroxicor- ticosteroizi	8-18 µg/dl	Hiperplazie corti- cosuprarenaliană, sindrom Cushing, tumori supra- renaliene	Insuficiență corticosuprarenaliană și hipofizară anterioară
17-Hidroxipro- gesteron bărbat femeie-folicular femeie-luteal postmenopauză	0,2-1,8 µg/l 0,02-0,8 µg/l 0,9-3,04 µg/l sub 0,45 µg/l	Sarcină, tumori luteale	Cicluri anovulatorii
Insulina	5-25 µU/ml	Insulinom	Diabet zaharat dezechilibrat
LH (Hormonul luteinizant) bărbat premenopauză mijlocul ciclului postmenopauză	6-18 UI/l 5-22 UI/l de 3 ori bazal peste 30 UI/l	Menopauză, insu- ficiență ovariană, insuficiență testiculară	Insuficiență gona- dică hipotalamo- hipofizară, ovar polichistic
Parathormonul	10-60 pg/ml	Adenom paratiro- idian, carcinom pul- monar, nefropatii	Tetanie

Analiza din sânge	Valori normale	Crește	Scade
Prolactina femeie bărbat	1-25 ng/ml 1-20 ng/ml	Adenom hipofizar, amenoree, galactoree, unele anticoncepționale	După administrare de bromergocrip- tină, hormoni tiroidieni, B6
Testosteron bărbat femeie sarcină	275-875 ng/dl 23-75 ng/dl 38-190 ng/dl	Cancer testicular, virilism, pubertate precoce	Cancer prostatic, sindrom Turner
TSH (Hormonul tireostimulant)	0-7 mU/l	Insuficiență tiroidiană primară, tiroidite, guși prin defecte enzimactice	Hipertiroidism, insuficiență hipotalamo- hipofizară
Tiroxina liberă	1,0-2,1 ng/dl	Hipertiroidism, supraalimentație	Hipotiroidism, alcoolism, intoxicații
Tiroxina T ₄	4,4-9,9 μg/dl		
Triiodotironina T ₃	150-250 ng/dl		

13.4. DETERMINĂRI IMUNOLOGICE DIN SÂNGE

Antigenul carcinoembrionar	sub 5 ng/ml		
Complement C ₃ C ₄	83-177 mg/dl 15-45 mg/dl	Infecții acute, boli neoplazice, hepatită acută	Boli autoimune: lupus eritematos diseminat, glome- rulonefrită, anemii hemolitice, hepatite cronice
Ig A	60-333 mg/dl	Ciroza alcoolică, glo- merulonefrită, necro- ze hepatice, mielom	Sindroame nefrotice, aplazii medulare
Ig G	550-1.900 mg/dl	Ciroză hepatică, pielonefrită, lupus, mielom, glomeru- lo-nefrită autoimună	
Ig M	45-145 mg/dl	Hepatită acută, ciroză biliară, pielonefrite, boli parazitare, lupus	

Bibliografie selectivă

1. *** *Guide to Alternative Medicine*, Brockampton Press, 1996.
2. *** Diabetes: Microsoft® Encarta® Online Encyclopedia
3. *** Revista *Viață + Sănătate*, colecția 2001-2002.
4. *** *Stroke*, Microsoft® Encarta® Online Encyclopedia 2001.
5. *** *The Heartburn*, WebMD Corporation, Oct. 2001.
6. *** The National Cancer Institute of The National Institutes of Health. *What You Need to Know about Cancer Series: Melanoma*. October 21, 1998.
7. *** *What is hepatitis?* National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2001.
8. Allen J.G., *Coping with Trauma: A Guide to Self Understanding*, American Psychiatric Press, 1995.
9. Andersson G.B., (1999), *Epidemiological features of chronic low-back pain*, Lancet, 354: 581-585.
10. Annas G., *Killing machines*, Hastings Cent Rep 33, 1991.
11. Anonymous, *Its All Over, Debbie*, JAMA 259:272, 1998.
12. Azamfirei L., *Valori de referință în explorările de laborator, în Medicină Intensivă* (editor M. Chiorean), Ed. Prisma, Tg. Mures, 1999, 382-397.

13. Bronfort G. et al (2000), *Nonoperative treatments for sciatica: A pilot study for a randomized clinical trial*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 23(8): 536544.
14. Casey P.J., Weinstein J.N. (2001), *Low back pain*. In S Ruddy et al., eds., Kelley's Textbook of Rheumatology, 6th ed., pp. 509523. Philadelphia: W.B. Saunders.
15. Coffey R., *Unspeakable Truths and Happy Endings: Human Cruelty and the New Trauma Therapy*, Sidran Press, 1998.
16. Feningsen R., *Eutanasia in the Netherlands*, Issues Law Med 6:229,1990.
17. Foa E.B., Davidson J.R.T., Frances A., Ross R., *Expert Consensus Treatment Guidelines For Posttraumatic Stress Disorder: A Guide For Patients and Families*, J Clin Psychiatry 1999;60 (suppl 16).
18. Foa E.B., Rothbaum B.O., *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*, Guilford, 1998.
19. Gayland W., Kass L.R., Pellegrino E.D. et al, *Doctors must not kill*, JAMA 259:2139,1988.
20. Goroll, May, Mulley, *Primary Care Medicine*, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1991.
21. Grayson C., *Angina*, Heart Center, March 2001.
22. Grayson C., *Symptoms of Colorectal Cancer*, WebMD, 2002.
23. Haggerty M., *Dehydration*, Gale Encyclopedia of Medicine, Gale Research, 1999.
24. Hampton T., *Your Asthma Diary and Action Plan For Adults and Teens*, WebMD, 2002.
25. Holdevici I., Vasilescu I.P., *Hipnoza și forțele nelimitate ale psihicului*, Ed. Aldomar.

26. Ionescu B., Dumitrache C., *Diagnosticul bolilor endocrine*, Ed. Medicală, București, 1998.
27. Ivanovici G., Fuiorea I., *Diagnosticul de laborator în practica medicală*, Ed. Militară, București, 1990.
28. Larson D.L., editor-in-chief, *Mayo Clinic Family Health Book*, New York: William Morrow, 1990.
29. Maltin L.J., *Understand the real science behind the headlines and the hubbub*, WebMed, 2001.
30. Nadasan V., Azamfirei L., *Dietoterapie, dietoprofilaxie*. Ed. Idea, Cluj Napoca, 1996.
31. Nuță G., Bușneag C., *Investigații biochimice*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1997.
32. Pellegrino E., *Cloning and Stem Cell Research: Too High a Price*, WebMed, 2001.
33. Pence G., *The Lifesaving Promise of Cloning Technology*, WebMed, 2001.
34. Rippe J.M., Irwin R.S., Fink M.P., Cerra F.B., *Intensive Care Medicine*, 3rd Edition, Little, Brown and Co, Boston, 1996.
35. Rippe, Irwin, Fink, Cerra, *Intensive Care Medicine*, Little, Brown&Co, 1996.
36. Segal E., *Doctors*, Bantam Books, NY, 1988.
37. Shaw G., *How far should we go?*, WebMed, 2001.
38. Simon H., Etkin M.J., *What Is Melanoma? An introduction to melanoma, the least common, but most dangerous of the skin cancers*, WebMed, 2002.
39. Sîrbu A., *Psihiatrie clinică*, Ed. Dacia, 1979.
40. Vogin G.D., *Managing Your Life With Diabetes*, WebMed, 2001.

41. Vogin G.D., *Heartburn Basics*, Cleveland Clinic Procedures, 2002.
42. Vogin G.D., *A Guide to Diabetes Warning Signs*, WebMed, 2001.
43. Wanzer S.H., Federman D.D., Edelstein S.J. et al, *The physicians responsibility toward hopelessly ill patients: A second look*, N Engl J Med 320: 844,1984.
44. Watts C., *Fat-modified diet for treatment of cardiovascular diseases*, Heart Center, April 2002.
45. Watts G., „Effects on coronary artery disease of lipid-lowering diet, or diet plus cholestyramine”, in the *St. Thomas' Artherosclerosis Regression Study (STARS)*, Lancet 339:563-569, 1992.